

TROUBLE CONCOMITANT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET D'UTILISATION DES SUBSTANCES CHEZ LES MILITAIRES CANADIENS
FRANCOPHONES : PERCEPTION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL AU TERME
DU TRAITEMENT

Par

Josée Sénéchal

Mémoire présenté pour répondre
à l'une des exigences de la
maîtrise en service social (M.S.S.)

Faculté des études supérieures
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario) Canada

© Josée Sénéchal, 2018

THESIS DEFENCE COMMITTEE/COMITÉ DE SOUTENANCE DU MÉMOIRE

Laurentian University/Université Laurentienne
Faculty of Graduate Studies/Faculté des études supérieures

Title of Thesis
Titre du mémoire

TROUBLE CONCOMITANT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET D'UTILISATION DES SUBSTANCES CHEZ LES MILITAIRES CANADIENS FRANCOPHONES : PERCEPTION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL AU TERME DU TRAITEMENT

Name of Candidate
Nom du candidat

Sénéchal, Josée

Degree
Diplôme

Maîtrise en Service social

Department/Program
Département/Programme

Service Social

Date of Defence
Date de la soutenance

APPROVED/APPROUVÉ

Thesis Examiners/Examineurs du mémoire :

Monsieur Stéphane Richard
(Supervisor/Directeur du mémoire)

Monsieur Roger Gervais
(Co-supervisor/Co-directeur du mémoire)

Approved for the Faculty of Graduate Studies
Approuvé pour la Faculté des études supérieures
Dr. David Lesbarrères
M. David Lesbarrères
Acting Dean, Faculty of Graduate Studies
Doyen intérimaire, Faculté des études supérieures

CLAUSE D'ACCESSIBILITÉ ET PERMISSION D'UTILISER DES DOCUMENTS

Je, **Josée Sénéchal**, accorde à l'Université Laurentienne et à ses agents l'autorisation non exclusive d'archiver mon mémoire ou mon rapport de projet et d'en permettre l'accès, en tout ou en partie et dans toute forme de média, maintenant ou pour la durée de mon droit de propriété du droit d'auteur. Je conserve tous les autres droits de propriété du droit d'auteur du mémoire ou du rapport de projet. Je me réserve également le droit d'utiliser dans de futurs travaux (comme des articles ou des livres) l'ensemble ou des parties de mon mémoire ou de mon rapport de projet. J'accepte en outre que la permission de reproduire ce mémoire de quelque manière que ce soit, en tout ou en partie à des fins savantes, soit accordée par le ou les membres du corps professoral qui ont supervisé mes travaux de mémoire ou, en leur absence, par le directeur ou la directrice de l'unité dans lequel mes travaux de mémoire ont été effectués. Il est entendu que toute reproduction ou publication ou utilisation de ce mémoire ou de parties de celles-ci à des fins lucratives ne doit pas être autorisée sans ma permission écrite. Il est également entendu que cette copie est présentée sous cette forme par l'autorité du titulaire du droit d'auteur uniquement pour fins d'études et de recherches particulières et ne doit pas être copiée ou reproduite sauf en conformité avec la législation sur le droit d'auteur sans l'autorisation écrite du titulaire du droit d'auteur.

RÉSUMÉ

Cette recherche vise à explorer les effets des traitements du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et du trouble lié à l'utilisation de substance (TUS) chez les militaires canadiens sur le fonctionnement social et plus spécifiquement sur l'exercice des rôles sociaux.

Puisque le trouble concomitant de TSPT-TUS entraîne des conséquences majeures sur le plan du fonctionnement social, nous avons questionné des militaires traités pour un TSPT et un TUS sur leurs capacités à répondre aux différents rôles sociaux au terme des traitements reçus à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. De plus, nous cherchions à identifier, selon l'expérience de ces militaires, la contribution ou la non-contribution des traitements obtenus sur l'exécution des rôles sociaux auprès des membres de la famille immédiate et de la famille élargie, auprès du réseau social et au travail.

Pour ce faire, l'analyse qualitative exploratoire a été utilisée comme méthode d'analyse et l'entrevue semi-structurée pour la collecte de données a été privilégiée. Nos résultats nous ont permis de constater que, bien que les traitements semblent efficaces pour la réduction des symptômes du TSPT-TUS, des difficultés significatives demeurent en ce qui concerne l'exécution des rôles sociaux de conjoint, de parent et au travail.

L'analyse de nos résultats, par l'application du modèle écologique, nous a permis d'identifier certaines limites des traitements visant la réduction des symptômes du TSPT-TUS. L'application de ce modèle, dans le contexte du traitement du TSPT-TUS, nous permet d'accéder à une perspective plus large des interventions psychosociales à intégrer qui pourrait améliorer le fonctionnement social. Par ailleurs, nous avons pu mettre en lumière certains facteurs associés à la socialisation (secondaire) des hommes, et particulièrement des hommes militaires. Des facteurs qui, par ce qu'ils influencent l'exécution des rôles sociaux des militaires atteints de TSPT-TUS, peuvent gagner à être considérés dans la prestation des soins auprès de cette clientèle à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

Mots-clés : trouble de stress post-traumatique, trouble d'utilisation de substances, trouble concomitant, fonctionnement social, rôles sociaux, militaires canadiens.

ABSTRACT

This research aims to explore post-traumatic stress disorder (PTSD) and substance use disorder (SUD) treatment impacts among francophone Canadian Armed Forces (CAF) military personnel on social functioning and more specifically on social roles.

Since PTSD-SUD concurrent disorder has major consequences in terms of social functioning, we have questioned CAF military personnel treated for this concurrent disorder on their ability to fulfill their social roles after completing PTSD-SUD treatments. In addition, we sought to identify treatments' impact on social roles performance and treatments' main contributing factors through our participants' own experiences.

To conduct this research, we used an exploratory qualitative research model and a semi-structured interview for data collection. Our results have shown that, although treatments seem to be effective in reducing the PTSD-SUD symptoms, significant difficulties remain with respect social roles' performance; mainly in the spousal and parental role, and at work.

The ecological model was used to analyze our research results. Our findings showed limitations on social functioning for all participants even after treatment completion aimed at reducing PTSD-SUD symptoms. Hence, the ecological model allowed us to access a broader perspective on possible psychosocial interventions to integrate to PTSD-SUD treatments that could improve social functioning. In addition, certain factors related to gender socialization and the military culture were highlighted for their influence on role performance for military men suffering from PTSD-SUD. Those factors should be considered and may benefit this clientele's care delivery at the Valcartier Health Centre's mental health clinic.

Keywords : Post-traumatic stress disorder, substance use disorder, concurrent disorder, social functioning, social roles, Canadian military.

REMERCIEMENTS

La présente recherche est l'aboutissement d'un travail collectif et d'efforts soutenus. Je voudrais tout d'abord remercier Monsieur Stéphane Richard, professeur à l'École de service social de l'Université Laurentienne, mon directeur de recherche ainsi que Monsieur Roger Gervais, mon codirecteur, professeur à l'Université Sainte-Anne. Votre engagement et enthousiasme indéfectible envers cette recherche et à mon égard m'ont permis de persévérer et surtout, de me surpasser dans la réalisation de ce projet.

En second lieu, je souligne la générosité des six militaires qui ont fait confiance à ce projet en acceptant de venir partager leurs parcours de soins à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Sans cette participation indispensable, cette recherche n'aurait pu être réalisée. Je souhaite que cette étude sache répondre à leur désir de contribuer à l'avancement de la recherche sur les traitements des militaires souffrant d'un trouble de stress post-traumatique et d'un trouble lié aux substances (TSPT-TUS).

De plus, je désire remercier le soutien apporté par la gestion de la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, du Directeur de la santé mentale et du conseil de recherche du Médecin général des Forces armées canadiennes. Sans ce soutien administratif et logistique, la réalisation de cette recherche aurait été impossible.

Finalement, je tiens aussi à souligner l'appui essentiel de tout mon entourage immédiat : mes collègues extraordinaires à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, mes ami(e)s qui m'ont encouragé durant les moments plus difficiles, ma famille et surtout mon conjoint, Roger et mes fils, Nathan et Justin pour leur soutien et leur compréhension.

TABLE DES MATIÈRES

THESIS DEFENCE COMMITTEE/COMITÉ DE SOUTENANCE DU MÉMOIRE	ii
RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT	iv
REMERCIEMENTS.....	v
TABLE DES MATIÈRES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES FIGURES	xii
LISTE DES ANNEXES.....	xiii
INTRODUCTION	xiv
CHAPITRE 1	1
CONTEXTE SOCIOCULTUREL DES FORCES ARMÉES CANADIENNES.....	1
1.1. Le rôle et le mandat des Forces armées canadiennes	2
1.2. Les Forces armées canadiennes comme agent de socialisation secondaire	4
1.3. Les valeurs des Forces armées canadiennes	5
1.4. Contexte de la vie militaire et relations interpersonnelles.....	8
1.4.1. Absences répétées du militaire et vie familiale.....	9
1.4.2. Déploiement dans des zones dangereuses	9
1.4.3. Déménagements fréquents.....	10
1.4.4. L'adhésion à l'éthos militaire et ses retombées interhumaines.....	10
1.5. Les obstacles à la demande d'aide psychosociale des militaires et la masculinité..	11
1.6. Description des services de santé mentale offerts aux militaires.....	14
CHAPITRE 2	18
ÉTAT DES CONNAISSANCES ET RECENSION DES ÉCRITS.....	18
2.1. Prévalence du trouble de stress post-traumatique et du trouble lié à l'utilisation des substances	19
2.1.1. Prévalence chez la population générale canadienne.....	20

2.1.2. Prévalence chez la population militaire.....	21
2.2. L'impact du trouble de stress post-traumatique sur le fonctionnement social	26
2.2.1. Dans les relations conjugales	27
2.2.2. Dans les relations sociales	28
2.2.3. Dans les relations parent-enfant	29
2.2.4. Au travail	31
2.3. L'impact du trouble lié à l'utilisation de substance (TUS) sur le fonctionnement social	33
2.3.1. Dans les relations conjugales	33
2.3.2. Dans les relations sociales	34
2.3.3. Dans les relations parent-enfant	35
2.3.4. Au travail	36
2.4. Les impacts du trouble concomitant de TSPT-TUS sur le fonctionnement social ..	38
2.4.1. L'impact sur la santé mentale	39
2.4.2. L'impact sur le plan socio-économique.....	40
2.4.3. L'impact sur le plan du soutien social	40
2.4.4. L'impact sur le traitement.....	41
2.5. Problèmes liés à l'étude du fonctionnement social.....	42
2.6. Méthode d'évaluation du fonctionnement social pour le TSPT et le TUS.....	44
2.6.1. Les questionnaires d'enquête	45
2.6.2. Limites méthodologiques des questionnaires d'enquête	49
2.7. Les traitements du TSPT-TUS et le fonctionnement social	51
2.7.1. Les traitements intégrés pour le TSPT-TUS.....	53
2.7.2. Le traitement du TSPT et les concepts associés au fonctionnement social	57
2.7.3. Le traitement du TUS et la qualité de vie	64

2.8. Limites des recherches actuelles	67
2.9. Problématique de la recherche	71
2.10. Les questions de recherches.....	72
2.10.1. La question générale.....	72
2.10.2. Les questions secondaires	72
2.10.3. Les hypothèses de recherche.....	73
2.11. Pertinence de la recherche pour le service social et son apport en santé mentale .	73
2.11.1. Pertinence scientifique.....	73
2.11.2. Pertinence de la recherche en service social	74
CHAPITRE 3	78
CONTEXTE THÉORIQUE.....	78
3.1. Le modèle écologique : ancrage en service social	78
3.2. La définition du fonctionnement social.....	83
3.3. La théorie des rôles et la définition d'un rôle social	86
3.3.1. Définitions des rôles sociaux utilisés selon la terminologie du CFPE	88
3.4. Définition du trouble de stress post-traumatique (TSPT)	90
3.4.1. Modèles étiologiques du TSPT	93
3.5. La loi de l'effet et le TUS.....	99
3.5.1. Définitions du trouble de l'utilisation de substances (TUS).....	103
3.6. Les interrelations dans le développement d'un trouble de TSPT-TUS : 3 hypothèses	105
3.6.1. La théorie de l'automédication.....	105
3.6.2. La théorie du <i>high risk hypothesis</i>	106
3.6.3. La théorie du <i>susceptibility hypothesis</i>	107
CHAPITRE 4	110
MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	110

4.1. Choix de la méthode de recherche	110
4.2. Méthode de collecte des données.....	112
4.2.1. Préparation et déroulement des entrevues semi-dirigées.....	112
4.2.2. Le questionnaire sociodémographique	113
4.3. La population à l'étude et processus de recrutement	114
4.3.1. L'échantillon	114
4.3.2. Le processus de recrutement.....	116
4.4. La méthode d'analyse des données	117
4.5. Les limites méthodologiques	118
CHAPITRE 5	121
DESCRIPTION DES RÉSULTATS	121
5.1. Profil sociodémographique des participants.....	122
5.1.1. Participation à des déploiements au cours de la carrière militaire	122
5.2. Description des résultats obtenus des entrevues semi-dirigées	123
5.2.1. La reconnaissance du problème	124
5.2.2. Les conséquences associées aux TSPT-TUS et les rôles sociaux.....	129
5.2.3. Les traitements reçus par les participants	140
5.2.4. Les difficultés persistantes à la suite des traitements	146
5.2.5. Les observations et les recommandations des participants pour l'amélioration des services en santé mentale offerts aux militaires	150
5.3 Synthèse des principaux résultats	156
CHAPITRE 6	157
DISCUSSION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	157
6.1. Rappel des questions et des hypothèses de recherche.....	158
6.1.1. Réponse à la première question de recherche	159
6.1.2. Réponse à la deuxième question de recherche.....	161

6.1.3. Réponse à la troisième question	166
6.2. Les réponses à nos questions reliées à nos hypothèses	169
6.3. Le modèle écologique du développement humain.....	171
6.3.1. L'ontosystème	172
6.3.2. Le microsystème et mésosystème	175
6.3.3. L'exosystème et le macrosystème	180
6.3.4. Le chronosystème.....	183
6.4. Les retombées et les recommandations issues de la recherche.....	185
6.4.1. Sur le plan scientifique	185
6.4.2. Pour le service social et les Forces armées canadiennes	186
CONCLUSION	194
BIBLIOGRAPHIE.....	201
ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	211
ANNEXE B GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE.....	215
ANNEXE C QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE POUR LES PARTICIPANTS	216
ANNEXE D DOCUMENT EXPLICATIF À REMETTRE POUR LE RECRUTEMENT DE PARTICIPANTS À LA RECHERCHE À LA CLINIQUE DE SANTÉ MENTALE DU CENTRE DE SANTÉ VALCARTIER	218
ANNEXE E EXCEPTIONS À LA CONFIDENTIALITÉ POUR LA RECHERCHE SELON LE CODE DE DÉONTOLOGIE DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX, THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC.....	220
ANNEXE F LETTRE DE SOUTIEN POUR LA RECHERCHE AUPRÈS DES MILITAIRES.....	222

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1 COMPARAISON DES TAUX DE PRÉVALENCE POUR LE TSPT ET TUS	24
TABEAU 2 RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS SELON LES RECHERCHES	69
TABEAU 3 DÉFINITIONS DES RÔLES SOCIAUX UTILISÉS SELON LA TERMINOLOGIE DU CFPE	89
TABEAU 4 ÉLÉMENTS CONTRIBUTIF À LA LOI DE L'EFFET SELON LES TROIS FACTEURS ...	101
TABEAU 5 TAUX DE SATURATION SELON LES THÈMES	124
TABEAU 6 RETOMBÉES ET RECOMMANDATIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES	185
TABEAU 7 RETOMBÉES ET RECOMMANDATIONS POUR L'ONTOSYSTÈME.....	188
TABEAU 8 RETOMBÉES ET RECOMMANDATIONS POUR LE MICROSYSTÈME.....	190
TABEAU 9 RETOMBÉES ET RECOMMANDATIONS POUR LE MACROSYSTÈME.....	191

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 MODÈLE ÉCOLOGIQUE APPLIQUÉ AUX MILITAIRES AVEC UN TSPT-TUS	82
FIGURE 2 LE MODÈLE DE JOSEPH, WILLIAMS ET YULE (1997)	96
FIGURE 3 LOI DE L'EFFET	100

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	211
ANNEXE B GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE	215
ANNEXE C QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE POUR LES PARTICIPANTS..	216
ANNEXE D DOCUMENT EXPLICATIF À REMETTRE POUR LE RECRUTEMENT DE PARTICIPANTS À LA RECHERCHE À LA CLINIQUE DE SANTÉ MENTALE DU CENTRE DE SANTÉ VALCARTIER.....	218
ANNEXE E EXCEPTIONS À LA CONFIDENTIALITÉ POUR LA RECHERCHE SELON LE CODE DE DÉONTOLOGIE DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX, THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC.....	220
ANNEXE F LETTRE DE SOUTIEN POUR LA RECHERCHE AUPRÈS DES MILITAIRES .	222

INTRODUCTION

La nature du travail d'un militaire dans les Forces armées canadiennes implique, d'office, la possibilité d'être exposé à divers événements potentiellement traumatisants¹. En raison de ce risque associé au travail, la population militaire représente une population susceptible de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ainsi qu'un trouble concomitant d'utilisation de substance (TUS).

Objet de la recherche

Chez la population militaire atteinte d'un TSPT, les études rapportent un taux de prévalence important d'un TUS concomitant (Skomorovsky et Lee, 2012 ; Lorber et Garcia, 2010). En conséquence, la présence d'un trouble concomitant de TSPT et d'un TUS peut, semble-t-il, entraîner des difficultés psychosociales, voire, une atteinte significative sur le plan du fonctionnement social sur l'exercice des rôles sociaux. Or, puisque la situation clinique des individus avec le TSPT-TUS s'avère complexe, l'efficacité des traitements, dans leur propension à diminuer ou non tant les symptômes du TSPT que du TUS, continuent d'être l'objet de recherches.

Par contre — et la recension des écrits l'évoque à grands traits —, il n'existe que très peu de connaissances scientifiques concernant les effets des traitements pour le trouble concomitant de TSPT-TUS sur le fonctionnement social et plus particulièrement, sur l'exécution des rôles sociaux. En fait, l'ensemble des recherches qui s'intéressent aux traitements du TSPT et du TUS ciblent essentiellement la réduction des symptômes associés à ces deux problématiques. Ces recherches intègrent peu d'indicateurs de fonctionnement social comme mesure d'efficacité d'un traitement. Ceci est particulièrement vrai dans un contexte de double problématique de TSPT-TUS. Devant ce constat, il devient alors d'autant plus

¹ Plus particulièrement dans le cadre de déploiements de missions de maintien de la paix ou de missions de combat.

difficile d'affirmer avec certitude qu'un traitement axé sur la réduction des symptômes du TSPT-TUS soit efficace pour améliorer le fonctionnement social dans son ensemble (Monson et collab., 2012 ; Wachen et collab., 2014 ; Lunney et Schnurr, 2007).

De plus, si peu d'études sur le traitement d'individus avec un TSPT et un TUS ont comme objectif la découverte d'interventions permettant la restauration du fonctionnement social, on connaît peu les interventions psychosociales à privilégier auprès de ces individus.

À l'heure actuelle, les changements (ou non-changement) dans le fonctionnement social à la suite des traitements semblent plutôt provenir d'un résultat indirect, « par ricochet », des traitements visant la réduction des symptômes du TSPT-TUS. Bref, considérant les conséquences psychosociales importantes chez les individus souffrant d'un TSPT-TUS, le manque de connaissances sur le sujet étonne.

Notre travail à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, située sur la Base militaire de Valcartier, consiste à traiter, comme intervenante en dépendance, des militaires² souffrants de TSPT-TUS. Ce travail clinique nous a permis, au fil des ans, d'observer chez les militaires des difficultés de fonctionnement social sur le plan conjugal, parental et social. Ces difficultés augmentent le stress et la détresse psychologique qui, à leur tour, augmentent l'intensité des symptômes du TSPT. Par conséquent, ceci peut, à des degrés divers, entraîner une surutilisation de substances comme moyen de gestion des symptômes et de résolution de ces problèmes (Ouimette et Brown, 2003).

Or, bien que les militaires avec un TSPT-TUS obtiennent une diversité de traitements³ offerts à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, lorsque les militaires arrivent au terme de ces traitements, on connaît peu les effets des traitements reçus pour le TSPT-TUS sur leur fonctionnement social.

² Les militaires rencontrés sont majoritairement des hommes, membres de la force régulière des Forces armées canadiennes ou qui travaillent à temps complet pour la force de la réserve.

³ Le Programme de Soutien pour le Trauma et Stress Opérationnel (PSTSO) de la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier est formé d'une équipe de psychiatres, de psychologues, de travailleuses sociales, d'infirmières en santé mentale ainsi que d'intervenantes en toxicomanie qui offrent des services thérapeutiques en individuel et en groupe.

Ce mémoire a justement pour but d'apporter un éclairage sur les effets des traitements reçus à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier sur le fonctionnement social des militaires avec un TSPT et un TUS. C'est pour répondre à ce manque de connaissance sur la question des effets des traitements du TSPT-TUS sur le fonctionnement social et l'exécution des rôles sociaux des militaires que nous avons décidé de nous inscrire dans un processus de recherche scientifique impliquant des employés de la base militaire Valcartier.

Buts de la recherche

Tel qu'évoqué plus haut, et puisque l'on connaît peu les traitements chez les individus atteints de TSPT-TUS qui favorisent l'amélioration du fonctionnement social, cette recherche a pour objectif de connaître comment les hommes militaires perçoivent les effets des traitements reçus⁴ pour le TSPT-TUS sur leur fonctionnement social, sur l'exercice de certains rôles sociaux. Nous avons choisi d'explorer le fonctionnement social sous l'angle de la capacité d'exécution des rôles sociaux parmi les suivants : 1. dans la famille (à titre de conjoint et de parent) ; 2. dans les relations interpersonnelles (avec la famille élargie, les amis et les collègues) ; et 3. au travail (travailleur-militaire).

À partir des éléments rapportés par ces militaires atteints de TSPT-TUS, notre deuxième objectif est de vérifier si, alors que les militaires terminent leurs traitements, des difficultés persistent sur le plan des rôles sociaux. Finalement, nous désirons connaître, parmi les traitements reçus, ceux qui ont eu un effet bénéfique ou un effet défavorable sur l'exécution des rôles sociaux en question. Le but de l'exercice est de cibler des interventions potentielles susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'exécution des rôles sociaux, et donc, du fonctionnement social des hommes militaires.

Bien qu'un chapitre entier l'aborde plus loin, voici, en résumé, nos questions de recherche et nos hypothèses. Après avoir clarifié ces paramètres qui sont au cœur de l'objet de la

⁴ À la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

recherche, nous préciserons brièvement l'angle méthodologique ou le « comment » nous nous y prendrons pour répondre à ces questions, à ces hypothèses.

Question générale de la recherche

Comment les hommes militaires perçoivent-ils les effets des traitements du TSPT-TUS sur leur fonctionnement social au terme de ces traitements à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier ?

Questions secondaires

1. Comment les militaires voient l'impact des traitements reçus pour le TSPT-TUS à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier sur l'exercice des rôles sociaux suivants : 1. dans la famille (à titre de conjoint et de parent) ; 2. dans les relations interpersonnelles (avec la famille élargie, les amis et les collègues) ; et 3. de travailleur-militaire ?
2. Est-ce que les militaires présentent toujours des difficultés sur le plan de l'exécution des rôles sociaux à la fin de leurs traitements du TSPT-TUS ? Si oui, lesquelles ?
3. Quels sont les éléments des différents traitements reçus pour le TSPT-TUS à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier qui ont été les plus favorables en fonction de l'exécution des rôles sociaux identifiés ?

Hypothèses de recherche

1. Les militaires atteints de TSPT-TUS présenteront des difficultés dans l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3)⁵.
2. Malgré les traitements reçus à la clinique de santé mentale, les militaires atteints de TSPT-TUS présenteront des difficultés persistantes dans l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3) même après la fin des traitements.

⁵ Fait référence, dans l'ordre : 1. dans la famille (à titre de conjoint et de parent) ; 2. dans les relations interpersonnelles (avec la famille élargie, les amis et collègues) et 3. comme travailleur-militaire.

3. Les militaires atteints de TSPT-TUS requièrent des traitements diversifiés offerts par une équipe interdisciplinaire pour favoriser l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3).

Précisions méthodologiques

Considérant la nature exploratoire de notre sujet de recherche, la méthode qualitative traditionnelle a été favorisée. En ce qui concerne la collecte de données, nous avons fait le choix de faire des entrevues semi-dirigées pour mieux explorer la perspective des participants.

Enfin, pour donner une vue d'ensemble de la démarche, nous fournirons, dans ce qui suit, un bref survol du contenu des chapitres de ce mémoire.

Présentation du mémoire : le contenu des chapitres

Notre chapitre 1 *Contexte socioculturel des Forces armées canadiennes* vise à informer le lecteur du contexte culturel et social de l'institution des Forces armées canadiennes (FAC). Partant du fait que les Forces armées canadiennes constituent un environnement de travail qui possède ses propres normes, ses valeurs et ses rôles spécifiques. Il peut s'avérer utile de comprendre davantage le contexte institutionnel des FAC car, pensons-nous, avoir une compréhension plus approfondie du milieu dans lequel le militaire évolue aide à mieux saisir son influence (du milieu) sur leur fonctionnement social, sur l'exercice des rôles sociaux.

Notre chapitre 2 *Recension des écrits* résume, pour l'essentiel, les études théoriques et empiriques recensées sur la prévalence du TSPT et du TUS, sur les conséquences associées au TSPT, au TUS et au trouble concomitant du TSPT-TUS sur le fonctionnement social. Ce chapitre dressera aussi un état des lieux à propos de l'état des connaissances relatif aux traitements cliniques existants pour le TSPT, le TUS et le TSPT-TUS, mais aussi, des méthodes existantes utilisées pour l'évaluer le fonctionnement social. Ce travail nous obligera à éclairer l'état des connaissances autour du concept du fonctionnement social pour le TSPT, le TUS et pour le TSPT-TUS. Enfin, le chapitre se terminera sur les grandes lignes servant à formuler la problématique à l'étude, les questions de recherches, les hypothèses retenues et la pertinence de cette étude pour le service social.

Notre chapitre 3 *Contexte théorique* découle de la problématique, des questions/hypothèses de recherche. Ce chapitre propose une description de plusieurs concepts théoriques en relation et liés à notre objet de recherche, tels que la théorie des rôles, les modèles étiologiques du TSPT, la Loi de l'effet et des théories de l'automédication, des définitions du fonctionnement social, du TPST et du TUS. Nous y décrirons également le modèle écologique utilisé pour appuyer notre problématique et son analyse.

Notre chapitre 4 *Méthodologie* présente la méthodologie utilisée et ses différentes étapes. Le type de recherche, la population à l'étude, le mode de collecte et d'analyse des données ainsi que les limites de l'étude y seront également décrits.

Notre chapitre 5 *Description des résultats* est consacré à la présentation des principaux résultats de la recherche tirés des entrevues réalisées auprès des participants. Seront alors décrits les principaux thèmes issus de nos résultats empiriques. Pensons, pour ce faire, à la reconnaissance (ou non) du problème de fonctionnement social par les militaires avec un TPST-TUS, aux conséquences associées aux TSPT-TUS relativement à l'exercice des rôles sociaux, aux traitements reçus par les participants, aux difficultés persistantes à la suite des traitements, et, finalement, aux observations et aux recommandations des militaires concernant l'amélioration des services offerts aux militaires.

Le chapitre 6 *Discussion et analyse* présente les réponses aux questions et hypothèses de recherche. Ce chapitre s'applique surtout à établir des liens entre nos résultats, ceux issus de notre recension des écrits ainsi que ceux qu'on peut lier à nos concepts théoriques. Nous concluons ce dernier chapitre en soulignant les retombées de notre recherche pour le service social, pour les traitements offerts aux militaires avec un TSPT-TUS et à leurs familles. Nous recommandons, enfin, des pistes pour de futures recherches.

Finalement, le mémoire se termine avec la conclusion qui reprend les résultats les plus importants qui se dégagent de notre recherche. Nous soulignons, entre autres, la pertinence et l'importance d'étudier le fonctionnement social dans la recherche pour le traitement du TSPT-TUS chez les hommes militaires canadiens.

CHAPITRE 1

CONTEXTE SOCIOCULTUREL DES FORCES ARMÉES CANADIENNES

Comme préambule à notre objet de recherche qui porte sur l'analyse de l'impact des traitements pour le trouble concomitant de stress post-traumatique et de trouble lié à l'utilisation de substance (TSPT-TUS) sur le fonctionnement social⁶ des militaires canadiens, nous croyons important de situer le contexte socioculturel des militaires des Forces armées canadiennes (FAC). En effet, puisque les militaires évoluent dans un système organisationnel complexe, nous croyons qu'il peut s'avérer utile, pour bien comprendre leur réalité biopsychosociale, de considérer dans leur ensemble, les éléments qui composent ou alimentent ce système.

C'est là l'objectif de ce premier chapitre : fournir une compréhension plus approfondie des particularités distinctives de cette institution et de son influence sur les militaires. Pour y arriver, nous proposons l'ordonnancement suivant : nous débuterons par une brève description du rôle et du mandat des FAC. Ensuite, nous décrirons brièvement le processus de socialisation secondaire⁷ vécu par les militaires ainsi que les valeurs inhérentes au service militaire. Nous expliquerons également la réalité de la vie militaire et de ses impacts sur les

⁶ Bien que le concept de fonctionnement social sera développé dans le Chapitre 3 qui portera sur le contexte théorique, ce terme, de façon générale, « renvoie aux interactions et aux interinfluences entre les moyens et les aspirations d'une personne à assurer son bien-être, à réaliser ses activités de la vie quotidienne et ses rôles sociaux pour satisfaire ses besoins avec les attentes, les ressources, les opportunités et les obstacles de son environnement. Les interactions entre les caractéristiques de la personne et celle de son environnement influencent son fonctionnement social ». Voir à cet effet le document de l'OTSTCFQ « Cadre de référence : L'évaluation du fonctionnement social », à la page 8 disponible sur le site internet suivant : <http://otstcfq.org/docs/cadres-de-reference/cadre-de-reference-ts.pdf?sfvrsn> (Page consultée 10 octobre 2016).

⁷ Fait référence au processus de socialisation qui complète ou transforme la socialisation primaire durant l'enfance. Le processus de socialisation secondaire se déroule de la fin de l'adolescence jusqu'à la vie adulte par les différents milieux sociaux que fréquente l'individu (en dehors de la sphère familiale). Le milieu du travail fait parti du processus de socialisation secondaire. Pour mieux comprendre, voir le texte de Michel Castra, « Socialisation », dans *Sociologie*. Voir le site internet suivant : <http://sociologie.revues.org/1992>. (Page consultée le 10 décembre 2016).

sphères familiales et sociales. Nous explorons aussi les particularités de la demande d'aide psychosociale des hommes militaires. Finalement, nous terminerons par une brève description des services d'aide disponibles aux militaires à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

1.1. Le rôle et le mandat des Forces armées canadiennes

Depuis l'engagement des Forces armées canadiennes (FAC) dans les opérations militaires⁸ en Afghanistan, l'attention médiatique portée aux militaires de retour au pays a exposé la population canadienne aux problèmes de santé mentale vécus au sein des FAC. Malgré cette attention accrue, il semble que l'utilité, le rôle et le mandat des Forces armées canadiennes demeurent généralement méconnus et peu expliqués à la population.

En nous appliquant à situer plus clairement le rôle et le mandat de cette institution, nous pourrions nous assurer que le lecteur pourra ainsi mieux comprendre la culture militaire et le mode de vie qui s'y rattache.

Selon le site internet de la Défense nationale et des FAC⁹, 75 400¹⁰ individus ont fait le choix de s'engager comme militaire. Toujours selon ce site, il est fait mention que le mandat primaire des FAC est de défendre la souveraineté canadienne, ses intérêts et ses valeurs tant au pays qu'à l'étranger. En d'autres mots, les FAC soutiennent les valeurs canadiennes de

⁸ Une opération militaire désigne l'envoi temporaire de forces militaires ou de militaires en mission dans une zone d'opération donnée, à des fins autres que de l'instruction ou de l'entraînement normal. Voir le site internet suivant : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-directives-ordonnances-administratives-defense-5000/5044-3.page> (Page consultée le 4 septembre 2016).

⁹ Voir le site internet disponible à l'adresse suivante : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos/forces-armees-canadiennes.page> (Page consultée le 10 décembre 2016).

¹⁰ Les FAC sont composés de trois éléments : la Marine, l'Armée de terre et l'Aviation. Les militaires peuvent faire carrière à temps plein comme « régulier » ou à temps partiel comme « réserviste ». La Marine royale canadienne est composée d'environ 8 400 marins à temps plein et 5 100 marins à temps partiels ; l'Aviation royale canadienne d'environ 13 000 membres de la Force régulière et 2 400 membres réservistes ; et l'Armée de terre possède environ 22 800 soldats à temps plein avec 18 700 réservistes et 5 000 Rangers canadiens. Les Rangers sont des réservistes (d'origine autochtone) patrouillant le grand nord canadien. Voir le site internet suivant : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos/forces-armees-canadiennes.page> (Page consultée le 10 décembre 2016).

liberté, de démocratie, de primauté du droit et des droits et libertés de la personne. Ce mandat inclut trois volets¹¹ :

1. La protection du Canada et la défense de sa souveraineté ;
2. La collaboration du Canada avec les États-Unis en vue de défendre l'Amérique du Nord ;
3. La contribution à la paix et à la sécurité dans le monde par l'entremise d'opérations internationales, en collaboration avec les pays alliés.

Le gouvernement canadien peut faire appel aux FAC afin qu'elles participent à des opérations militaires selon le mandat requis. C'est par l'entremise du ministre de la Défense nationale que le chef d'état-major de la défense (qui est le général des FAC) reçoit les ordres de mettre à exécution les opérations militaires décidées par le gouvernement canadien. De façon plus précise, ces opérations militaires peuvent prendre diverses formes, telles que :

1. Fournir une surveillance du territoire et une force prête à combattre ;
2. Fournir un soutien et une collaboration avec les pouvoirs civils pour maintenir la sécurité publique ;
3. Apporter du soutien à la population lors de catastrophes naturelles ;
4. Appuyer les opérations internationales en partenariat avec les pays alliés.

Pour répondre au mandat de soutien et de défense des valeurs et des intérêts canadiens, les FAC entraînent les militaires d'une façon particulière et dans le but d'assurer l'exécution et le succès des opérations demandées.

¹¹ Voir le site internet disponible à l'adresse suivante : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos/forces-armees-canadiennes.page> (Page consultée le 10 décembre 2016).

1.2. Les Forces armées canadiennes comme agent de socialisation secondaire

Les Forces armées canadiennes forment ainsi un macrosystème¹² marquant pour les hommes militaires, et ce, dès l'enrôlement. En fait, par son mode de fonctionnement et son influence sur l'adhésion à des valeurs et des normes précises, ainsi qu'aux rôles attendus chez les militaires, les FAC jouent un rôle d'agent de socialisation secondaire important.

Pour mieux comprendre le rôle des FAC relativement à la socialisation des militaires, attachons-nous à une définition de la socialisation fournie par Du Ranquet (1991) :

La socialisation est considérée comme un principe organisateur dans le développement de la personne. L'appartenance à un groupe social implique l'incorporation des valeurs et des normes de ce groupe ; il en résulte des caractéristiques fondamentales se faisant sentir surtout au niveau des rôles sociaux (p. 176).

Par cette description, nous pouvons déduire que le processus de socialisation, au centre du développement de la personne, s'actualise en fonction de l'appartenance à un groupe et implique les trois concepts suivants : les normes, les valeurs et les rôles.

Adapté aux militaires, les *normes* pourraient définir les règles de socialisation, c'est-à-dire, comment un militaire apprend et intériorise les éléments de la culture de son groupe et comment il s'y adapte. Ces *normes*, explicites ou implicites, orienteraient aussi le comportement des individus conformément aux valeurs préconisées par le milieu.

¹² Voir le chapitre 3 sur le cadre théorique et conceptuel pour une description détaillée de ce concept.

Les *valeurs* pourraient faire référence à ce qui a du prix aux yeux des militaires, à des attributs et des perceptions auxquels les membres d'un même groupe social adhèrent. Ces va-

Les FAC prônent quatre valeurs fondamentales :

- Devoir
- Loyauté
- Intégrité
- Courage

On retrouve, sous la doctrine et l'éthos militaires, les normes suivantes :

- L'acceptation de la responsabilité illimitée
- Un esprit combatif
- La discipline
- Le travail d'équipe et la cohésion
- Le respect de la dignité
- Servir le Canada avant soi-même
- Obéir à l'autorité légale

leurs s'observant plus particulièrement à partir de façons de penser, de ressentir, de réagir et de se comporter face aux événements de la vie quotidienne. Et, finalement, les *rôles* pourraient renvoyer à l'ensemble des comportements attendus ou exigés d'un individu dans l'exercice d'un statut social.

En résumé, et parce que cette institution s'assure que chaque membre puisse, de son plein gré, adhérer aux *normes*, aux *valeurs* et aux *rôles* associés à son groupe d'appartenance spécifique, les Forces armées canadiennes (FAC) forment un modèle de socialisation secondaire. Un modèle qui, dès le recrutement, permet d'intégrer un individu à un environnement de travail dans les FAC.

1.3. Les valeurs des Forces armées canadiennes

Les nouveaux membres recrutés par les FAC (les recrues) quitteront leur milieu d'origine pour prendre part au programme d'instruction et de qualification militaire de base. Durant cette période d'apprentissage de plusieurs semaines, les recrues militaires devront apprendre à vivre et travailler en groupe, comme dans une grande famille. L'objectif initial de la formation militaire de base est la création d'un lien de cohésion entre les recrues et d'une identité commune comme membre des FAC. Ce lien et sentiment d'appartenance, souvent désigné comme « l'esprit de corps » dans le vocabulaire des FAC, sera fondamental pour permettre l'exécution des tâches militaires éventuelles. En effet, le développement de l'esprit de corps, en plus de permettre de faire émerger un sentiment de cohésion et d'appartenance au groupe, permet aux recrues de s'identifier d'abord comme un soldat et non plus comme un « civil » ou simple citoyen. D'ailleurs, le port d'un uniforme identique contribue à cette mise à distance de la vie civile et renforce cette identification au rôle de soldat.

C'est ainsi par l'adhésion au rôle de soldat qu'un militaire accepte d'obéir aux ordres donnés et de combattre¹³.

Dès leur participation à ce programme d'instruction, on s'attend que ces nouveaux militaires assimilent les règles, les valeurs et les obligations du militaire tirées des diverses politiques des FAC, de la doctrine militaire¹⁴ ainsi que du programme d'éthique¹⁵, élaborés par le ministère de la Défense nationale et les FAC. Si le programme d'éthique et la doctrine militaire dictent les comportements attendus des militaires, ils s'inscrivent comme de guides organisationnels visant à éclairer les prises décision et à accomplir les tâches demandées. Comme réservoirs normatifs et axiologiques, ces guides organisationnels servent donc à baliser ce que l'on appelle dans les FAC l'éthos militaire¹⁶. En somme, par son adhésion à la doctrine et à l'éthos militaires, les militaires s'engagent à respecter les politiques, les règles et le code d'éthique militaire, non seulement au travail, mais aussi dans le cadre de la vie quotidienne. Car, contrairement à un emploi dans une organisation civile, un militaire est toujours considéré en service, soit 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et doit veiller à se comporter selon le code de discipline militaire.

Une lecture attentive de la doctrine et de l'éthos militaires permet de comprendre que le service et l'engagement dans les FAC sont perçus comme une vocation distincte de tout autre secteur d'emploi. Distincte par l'adhésion de chaque membre des FAC à des valeurs militaires considérées essentielles pour mener à bien la gamme complète des opérations

¹³ Voir le document *PIFC 01 Doctrine militaire canadienne* sur le site internet suivant : http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/forces/D2-252-2009-fra.pdf (Page consultée 14 juin 2017).

¹⁴ La doctrine militaire représente la fondation sur laquelle s'appuient tous les éléments des activités militaires. Un cadre doctrinal solide qui fournit une orientation aux commandants et permet à chaque individu de prendre une décision avec jugement lorsqu'il se trouve en situation de conflit. Voir document *PIFC 01 Doctrine militaire canadienne*. Voir le site internet suivant : http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/forces/D2-252-2009-fra.pdf (Page consultée 14 juin 2017).

¹⁵ Voir le document disponible sur le site internet suivant : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos/enonce-ethique-defense.page> (Page consultée le 10 juillet 2016).

¹⁶ Voir publication de la Défense Nationale *Servir avec honneur : la profession des armes au Canada*. Voir le site internet suivant : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/dn-nd/D2-150-2003-1-fra.pdf (Page consultée le 10 juillet 2016).

militaires : le sens du devoir, l'intégrité, le courage et la loyauté¹⁷. De ces valeurs militaires découlent plusieurs normes de conduite attendue des militaires : la loyauté envers l'engagement de servir le Canada de son mieux ; l'intégrité par le respect des obligations éthiques et des lois applicables ; le courage de faire face aux défis moraux et physiques avec force de caractère. Ces normes incluent également l'honnêteté dans ses décisions et ses actions, l'équité, et la responsabilité d'accomplir les tâches avec compétence. Ce qui implique aussi de faire passer le bien-être d'autrui avant ses intérêts personnels.

Les militaires canadiens se distinguent du reste de la société canadienne par l'obligation d'obéissance absolue qu'ils ont face à l'autorité. Autrement dit, les militaires peuvent recevoir l'ordre de s'exposer au danger même au péril de leur propre vie. De plus, et le code de discipline militaire est clair à cet effet, le refus d'obéir à un tel ordre peut entraîner des sanctions sévères¹⁸. Ainsi, les militaires sont tenus d'accepter, sans réserve, le fait qu'ils doivent mener à bien leurs missions et leurs tâches sans aucun égard à la peur ou à leur sécurité personnelle¹⁹. Autrement dit, les militaires doivent servir le Canada avant leur personne. On peut alors déduire que cette adhésion à un tel code d'honneur, qui fait ici référence à la doctrine et/ou de l'éthos militaire, rapproche le militaire du rôle de héros sans peur et courageux. En effet, le rôle de héros fait référence à un individu qui, par ses qualités d'abnégation et de courage exceptionnel, se porte à la défense de la société pour le bien commun²⁰.

¹⁷ Voir le site internet disponible à l'adresse suivante : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-droit-militaire-proces-sommaire/ch-1-fondements-justice-militaire.page#fn12> (Page consultée le 11 octobre).

¹⁸ Le code de discipline militaire prévoit diverses sanctions selon la sévérité des manquements aux règles tel que par exemple : la destitution des FAC, l'emprisonnement, la rétrogradation à un grade inférieur, la perte de l'ancienneté et les amendes. De plus, selon la Cour suprême du Canada : « Les manquements à la discipline militaire doivent être réprimés promptement et, dans bien des cas, punis plus durement que si les mêmes actes avaient été accomplis par un civil. ». Car un manquement aux ordres chez un militaire pourrait entraîner des pertes de vie et l'échec de la mission en contexte opérationnel. Voir le site internet suivant : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-droit-militaire-annuel-2009-10/ch-1-discipline-systeme-justice-militaire-0910.page> (Page consultée le 11 octobre 2017).

¹⁹ Voir le document *PIFC 01 Doctrine militaire canadienne* sur le site internet suivant : http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/forces/D2-252-2009-fra.pdf (Page consultée le 14 juin 2017).

²⁰ Voir le site internet suivant pour une description du rôle de héros : <https://scribium.com/annie-bo-roy/toutes-les-societes-ont-besoin-de-heros-comment-les-definir-k212d6> (Page consultée le 11 octobre 2017).

Or, pour arriver à faire abstraction de la peur et faire face au danger, l'entraînement militaire vise particulièrement le développement de l'inhibition et du contrôle émotionnel comme stratégie de préparation à faire face au stress. En effet, il est présumé que l'inhibition émotionnelle augmente les chances de compléter la mission et les chances de survie au combat (Lorber et Garcia, 2010). Dans cette perspective, les militaires doivent faire preuve de courage, de force physique, de rationalité et de combativité pour mener à terme la mission. Par la valorisation de ces valeurs et de l'inhibition émotionnelle, le rôle de militaire fait, semble-t-il, écho à une conceptualisation d'un rôle masculin dit traditionnel (Régimbald et Deslauriers, 2010 ; Roberge, 2007).

En somme, on peut déduire grâce aux explications qui précèdent qu'être militaire, ça se vit au quotidien, et surtout, ça ne se limite pas qu'à la sphère de la vie professionnelle ou de métier. Par un processus de socialisation secondaire, un individu qui choisit de joindre les FAC intègre un ensemble de valeurs et de normes de fonctionnement qui le distingue du rôle d'un travailleur-civil. De plus, cette socialisation secondaire, issue de la vie militaire, influence grandement les perceptions qu'ont les militaires de leur masculinité. Aussi, les FAC, en favorisant la primauté de la cohésion du groupe et des besoins de servir le Canada avant le militaire et sa famille, se substituent en quelque sorte à la famille dans ce processus (Régimbald et Deslauriers, 2010). Compte tenu de ce qui précède, le rôle de militaire et la façon de l'exercer aura une influence sur l'ensemble de ses relations interpersonnelles tel que dans la relation de couple, la relation père-enfant, avec la famille élargie, les amis et les collègues.

1.4. Contexte de la vie militaire et relations interpersonnelles

Nous avons suggéré précédemment que l'adhésion au rôle de militaire par un processus de socialisation secondaire pourrait avoir un effet sur la façon de composer avec les relations interpersonnelles. À ce titre, Régimbald et Deslauriers (2010), dans leur recension des écrits sur la vie militaire et la paternité, dénombrent plusieurs facteurs relatifs à la carrière militaire

susceptible d'influencer la vie familiale et le rôle parental. Selon ces auteurs, les familles des militaires sont exposées à de multiples facteurs de stress liés aux conditions de travail du militaire au sein des FAC. Les paragraphes qui suivent exposeront certains de ces facteurs capables d'affecter la vie familiale et sociale des militaires.

1.4.1. Absences répétées du militaire et vie familiale

En vertu de ce qui a été précédemment expliqué sur la mise en disponibilité constante du militaire, de son devoir d'obéissance et de servir, on a pu déduire que le militaire est fréquemment appelé à s'absenter de sa famille. De sorte que ce sont toutes les facettes de la vie quotidienne et sociale du militaire et de sa famille qui nécessitent une réorganisation lors de son absence.

Durant l'absence du militaire, les responsabilités et les obligations liées au rôle parental et aux tâches domestiques incombent essentiellement à la mère²¹. La mère peut également devoir répondre aux besoins de la famille élargie (la sienne ou celle du militaire).

Bien que les absences du militaire puissent affecter l'organisation familiale, le retour du militaire à la maison nécessite aussi une réorganisation, une réadaptation. En effet, à chaque retour à la maison, les familles militaires vivent une période de réintégration où chacun doit renégocier sa place et son rôle de parent et de conjoint dans la famille (Régimbald et Deslauriers, 2010).

1.4.2. Déploiement dans des zones dangereuses

Ces séparations fréquentes peuvent devenir une source de frustration et de tension, allant jusqu'à fragiliser les relations de couple, voir à mener à des séparations ou des divorces (Blow et collab., 2015). En plus de composer avec les absences répétées et prolongées du militaire, l'accès à des moyens de communication peut parfois être difficile ou restreint avec

²¹ En assumant ici que l'homme est le militaire.

la famille. Les absences à l'étranger lors de déploiement dans des zones dangereuses, combinées à la médiatisation de ces opérations militaires et le manque de communication, ajoutent un stress et une inquiétude parfois énorme sur les familles.

Enfin, le degré d'acceptabilité de ces opérations militaires par la population canadienne constitue également un facteur non négligeable pour les militaires et leurs familles à obtenir du soutien de l'entourage ou de la communauté (Régimbald et Deslauriers, 2010).

1.4.3. Déménagements fréquents

En contexte de vie militaire, et au fil des mandats, il arrive souvent que les soldats doivent être relocalisés de province en province ou hors du Canada. La majorité des familles militaires doivent ainsi déménager à plusieurs reprises et s'adapter à différents milieux de vie (au Canada ou à l'étranger) au cours de la carrière du militaire (Gallant, 2015). Ces changements fréquents, qui impliquent des déménagements et l'éloignement des proches, sollicitent les capacités adaptatives des familles. Cela peut aussi avoir pour conséquence d'augmenter la difficulté des familles de militaires à maintenir des liens avec les membres de la famille élargie, mais aussi avec l'ensemble des relations sociales hors travail (amis, proches, etc.).

1.4.4. L'adhésion à l'éthos militaire et ses retombées interhumaines

Nous avons précédemment exposé comment l'institution militaire mise sur des valeurs de cohésion et d'adhésion à la primauté du devoir de servir son pays avant soi-même. De façon implicite, cette adhésion à l'éthos/doctrine militaire peut inciter les militaires à mettre de côté leurs besoins individuels et familiaux.

L'adoption des normes, des valeurs et des rôles préconisés par les FAC fait donc également partie de ces facteurs qui influencent la réponse du militaire aux attentes de la vie familiale, de la vie de couple et de l'institution militaire. Ainsi, certains pères militaires pourraient reproduire le modèle militaire dans l'exercice de leur rôle auprès des enfants. Par exemple, un militaire ayant internalisé un modèle plus traditionnel pourrait employer une discipline plus autoritaire à la maison. Dans cette perspective parentale, le militaire accorderait une

plus grande place à l'obéissance à l'autorité et moins de place aux enfants pour négocier ou exprimer leurs points de vue (Régimbald et Deslauriers, 2010). De même, et à cause de sa propre inhibition émotionnelle, le militaire encouragerait le contrôle de soi et le sentiment d'invulnérabilité chez ses enfants. Ce parent pourrait, enfin, avoir tendance à s'identifier comme pourvoyeur de la famille et laisser la réponse aux besoins affectifs des enfants à la mère (Régimbald et Deslauriers, 2010).

Nous pouvons déduire en fonction des rubriques qui précèdent que la vie militaire comprend de nombreux facteurs de stress tels que les absences répétées, l'inquiétude liée à la dangerosité d'un déploiement et les déménagements fréquents. Ces facteurs de stress, combinés à l'adhésion de l'éthos/doctrine militaire, pourront influencer la façon d'exercer les rôles et le partage des responsabilités dans la famille et dans le couple.

Dans ce qui suit, nous décrivons comment la vie militaire va même jusqu'à influencer la manière qu'ont les militaires ont de percevoir leur santé physique et psychique, les services psychosociaux susceptibles de leur apporter l'aide et/ou de les accompagner vers un mieux-être.

1.5. Les obstacles à la demande d'aide psychosociale des militaires et la masculinité

Il existe encore de nos jours et dans la population générale un stigma important concernant les individus qui ont des problèmes de santé mentale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) détermine en cela que la stigmatisation constituait « l'obstacle le plus important à surmonter » pour la demande d'aide²² chez ceux qui éprouvent des problèmes de santé mentale.

²² La Commission de la santé mentale du Canada définit la stigmatisation comme: « un phénomène social complexe où entrent en jeu de nombreux éléments qui, ensemble, concourent à mettre à l'écart de la société et à priver de leurs droits les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille. Sachant que la stigmatisation est principalement un problème de comportement qui entraîne dans son sillage des situations inéquitables pour les personnes aux prises avec une maladie mentale et leur famille. La stigmatisation se manifeste sous trois formes : l'auto-stigmatisation, la stigmatisation publique et la stigmatisation structurelle » (p. 2). Voir le document *Changer les mentalités, rapport provisoire* disponible au site internet suivant : http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-05/opening_minds_interim_report_fre.pdf (Page consultée le 11 octobre).

Si les préjugés ou les stéréotypes associés aux problèmes de santé mentale sont présents au sein de la société, ils le sont tout autant chez les militaires et peuvent faire partie des motifs qui freinent ceux-ci à demander de l'aide.

En raison de l'influence du processus de socialisation secondaire inhérente à l'institution militaire canadienne, voire, de l'adhésion volontaire des individus à l'éthos/doctrine militaire, au profil de héros, on peut, en cela, présupposer que l'ensemble du groupe de militaires envisage les problèmes de santé mentale comme une preuve de faiblesse, de lâcheté ou de folie. Le même ensemble peut également percevoir ceux qui consultent comme des profiteurs du système ; c'est-à-dire, comme des individus inadéquats pour la tâche, pour le rôle et pour les fonctions de militaire.

Certains chercheurs vont même jusqu'à indiquer que le militaire peut craindre que l'aveu de ses problèmes personnels puisse ternir le moral et miner sa réputation ou la confiance de ses collègues envers ses capacités à faire (et à bien faire) son travail. Le militaire peut également appréhender d'être traité différemment par ses supérieurs. Ce qui, possiblement, peut nuire sa carrière militaire (Mittal et collab., 2013 ; Roberge, 2007 ; Zinzow et collab., 2013). Ayant internalisé les stéréotypes et les stigmas associés à la santé mentale, les militaires peuvent, dès lors, éviter d'exposer leurs difficultés à leur entourage. L'auto-stigmatisation comme la stigmatisation publique peuvent ainsi représenter des barrières capables de restreindre la demande d'aide chez les militaires.

Outre la stigmatisation, d'autres raisons peuvent nuire à la demande d'aide des hommes militaires. Par exemple, il est rapporté que plusieurs d'entre eux-ci ont tendance à consulter lors de situation de crise ou lorsqu'ils auront épuisé toutes leurs pistes de solution (Roy et collab., 2014). Ceci pourrait s'expliquer, en autres, par l'engagement des militaires à la mission collective bien avant leurs propres besoins. Dans cette posture-attitude, ils favoriseront alors leurs capacités à régler les problèmes par eux-mêmes et sous-estimeront la gravité des difficultés pour éviter de consulter des services professionnels (Zinzow et collab., 2013).

Cette même posture-attitude s'observe de manière générale dans les façons qu'ont les militaires d'envisager leur travail. Par exemple, des militaires peuvent normaliser des expériences à haut potentiel de traumatisme, dont les expériences de combat, car elles font partie intégrante du métier. Et, pourtant, il est connu que l'exposition répétée à de telles expériences augmenterait le risque de développer des problématiques de santé mentale (Zinzow et collab., 2013). Bref, comme ces expériences sont considérées par certains comme insignifiantes et non problématiques, elles confirmeraient que les militaires n'ont pas besoin d'aide (Skomorovsky et Lee, 2012 ; Zinzow et collab., 2013).

Il y a aussi cet autre facteur à retenir, le scepticisme envers les traitements thérapeutiques. Ce facteur fait partie des obstacles à la demande d'aide chez ce groupe d'individus. En effet, les militaires peuvent craindre le manque de confidentialité des services de santé mentale. Ce qui, par conséquent, peut alimenter un manque de confiance dans l'efficacité des traitements, voire, cette perception-croyance à l'effet que le problème en viendra par se régler de lui-même (Zinzow et collab., 2013). En conséquence, demander de l'aide psychosocial à un professionnel de la santé peut représenter tout ce qu'un militaire craint : renoncer au contrôle et au pouvoir (au profit du professionnel) plutôt que de le conserver, accepter de montrer sa vulnérabilité plutôt que de faire état de sa force, exprimer ses émotions douloureuses, affronter sa souffrance plutôt que de la nier, de la normaliser.

Certains chercheurs avancent que les qualités nécessaires à la thérapie telles que la communication émotionnelle et l'exploration de soi sont à l'opposé des qualités traditionnelles masculines et plus associées à la féminité (Roy et collab., 2014 ; Turcotte et collab., 2002 dans Roberge, 2007). On comprend alors mieux la difficulté que peuvent éprouver les hommes-militaires qui adoptent une base de valeurs plus traditionnelles à demander de l'aide ou d'utiliser des stratégies d'adaptation telles que la recherche de soutien, l'expression de leur malaise et la recherche d'information sur leur problématique.

Ayant internalisé les stéréotypes, les préjugés associés à la santé mentale et les valeurs de l'éthos/doctrine militaire, les militaires peuvent alors être tentés de cacher leurs difficultés psychosociales à qui que ce soit (à leur entourage, leur famille, leurs amis et leurs collègues militaires).

En fonction des informations qui précèdent, on comprend que les difficultés de santé mentale peuvent être à l'opposé du profil du héros militaire. Ce héros militaire qu'on représente dans l'espace collectif : c'est celui qui en tout temps est sans peur. C'est celui qui relève tous les défis avec courage et surtout, c'est celui qui demeure au-dessus de tout ce qui peut le déstabiliser. Bref, en s'appliquant à mettre en tension l'idéalisation du héros avec celui qui souffre sur le plan de la santé, on peut mieux saisir pourquoi, chez les militaires, les problèmes de santé mentale, en plus de générer un sentiment de faiblesse, d'incompétence, d'impuissance et de perte de contrôle, peuvent provoquer une profonde remise en question de la masculinité et de leur identité (Lorber et Garcia, 2010). De fait, chez les hommes militaires qui idéalisent et soutiennent le rôle traditionnel de l'homme-héros, plusieurs éprouveront de sérieuses difficultés à demander de l'aide et à utiliser les services disponibles de santé mentale (Lorber et Garcia, 2010).

Après avoir ainsi exposé quelques obstacles à la demande d'aide des hommes-militaires, attardons-nous aux différents services psychosociaux offerts sur les bases militaires.

1.6. Description des services de santé mentale offerts aux militaires

Puisque les militaires canadiens sont exclus des régimes provinciaux d'assurance-maladie, la loi constitutionnelle oblige le gouvernement fédéral à garantir des soins de santé aux membres des Forces armées canadiennes (FAC) en vertu de la loi canadienne sur la santé²³. Par conséquent, le Groupe des services de santé des FAC offre à leurs membres une gamme complète de soins de santé comparables aux citoyens canadiens. Ces soins de santé incluent également des services de santé mentale²⁴.

²³ Voir le site internet suivant : « Gamme de soins : le soin de santé et les services médicaux et dentaires ». <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-avantages-drogue-couverture/index.page> (Page consultée le 30 décembre 2016).

²⁴ Voir le site internet suivant : « Services de santé mentale des Forces armées canadiennes » : <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page> (Page consultée 10 décembre 2016).

Chaque militaire peut ainsi accéder à des soins de santé mentale à leur clinique de soins de santé localisée sur les bases militaires. Bien qu'il existe un accès direct à des services psychosociaux, le médecin est souvent le premier point de contact qui orientera le militaire vers les services de santé mentale spécialisés nécessaires à sa condition.

Les services offerts aux cliniques de santé mentale locales peuvent varier en fonction de la taille de la clinique et des ressources disponibles. Certaines petites cliniques peuvent avoir davantage recours à des services de santé mentale civils (privés) disponibles dans la communauté.

La clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier située sur la base militaire de Valcartier est la plus importante clinique de santé mentale francophone des FAC avec ces 47 professionnels. Cette équipe multidisciplinaire est composée de psychiatres, d'infirmières en santé mentale, de travailleuses sociales, de psychologues, d'intervenantes en toxicomanie et d'un aumônier clinicien.

Les services offerts aux militaires à la clinique sont regroupés en trois programmes :

1) Le programme psychosocial offre des services de crise, de psychoéducation, et d'intervention brève pour des difficultés d'adaptation, des problèmes en milieu de travail et de problèmes de famille. Le programme psychosocial répond également aux diverses demandes administratives²⁵ liées à la vie militaire ainsi qu'aux évaluations pré et post-déploiement²⁶ pour tous les militaires. Le personnel est composé principalement de travailleurs sociaux/travailleuses sociales, d'infirmiers et infirmières en santé mentale et d'intervenantes en toxicomanie. La durée des suivis varie d'une rencontre jusqu'à une possibilité de 20

²⁵ Les travailleurs sociaux peuvent, à la demande de la chaîne de commandement, produire des recommandations pour des raisons administratives liées au service et la vie militaire. Ces demandes comprennent : les demandes de déménagements imprévus, les statuts particuliers, les mutations pour motifs personnels et les évaluations pour les affectations à l'extérieur du pays.

²⁶ Évaluations pré et post-déploiement : avant le déploiement, tous les militaires doivent se livrer à une évaluation pré-déploiement afin de déterminer l'état de préparation au déploiement. À la fin d'un déploiement, tous les militaires doivent se livrer à un questionnaire de dépistage et à une entrevue avec un intervenant entre 3 et 6 mois après la date de retour au Canada.

rencontres. Des ateliers sur le sommeil et le traitement de l'insomnie, un groupe de gestion des émotions ainsi qu'un groupe sur la transition de carrière à la vie civile sont également disponibles dans ce programme.

2) Le programme de santé mentale générale englobe les services d'évaluation et de traitement de trouble de santé mentale. Ces traitements, individuels ou de petits groupes, sont offerts aux militaires qui souffrent de divers problèmes de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété. Son personnel est constitué de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux/travailleuses sociales, d'infirmiers/d'infirmières en santé mentale, d'intervenantes-s en toxicomanie et d'un aumônier clinicien. Ce programme inclut aussi les groupes de traitements pour le trouble lié à l'usage de substance (groupe motivationnel, groupe de soutien et de prévention de la rechute), de gestion des émotions et un groupe sur la douleur chronique.

3) Le programme de soutien pour trauma et stress opérationnels offre des services d'évaluation, de traitements individuels ou de groupe pour les militaires souffrant de troubles liés aux opérations militaires²⁷. Les professionnels associés à ce programme forment une équipe interdisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux/travailleuses sociales, d'infirmiers/d'infirmières en santé mentale, d'intervenantes-s en toxicomanie et d'un aumônier clinicien. Ce programme fournit de l'aide aux militaires ainsi que du soutien à leurs familles qui vivent des problèmes provenant des opérations militaires. Dès lors, les conjoint(e)s peuvent participer à des ateliers psychoéducatifs de groupe sur le trouble de stress post-traumatique. Pour les militaires, un groupe psychoéducatif sur la blessure de stress opérationnel (GBSO) fait partie intégrante du processus de traitement du trouble de stress post-traumatique. Il existe également un groupe de traitement spécialisé pour les cauchemars et l'insomnie. Finalement, les militaires avec un trouble concomitant alliant le trouble de stress post-traumatique et un trouble d'usage de substance

²⁷ La blessure de stress opérationnel désigne « tout problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions dans les Forces armées canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada », ceci inclus également le trouble de stress post-traumatique. Voir le site internet suivant : <http://www.veterans.gc.ca/fra/services/health/mental-health/understanding-mental-health> (Page consultée 30 août 2016).

(TSPT-TUS) peuvent également être intégrés au groupe ASSO (traduction locale du programme de traitement de *Seeking Safety*²⁸).

Parmi les services offerts dans l'ensemble des trois programmes énumérés plus haut et concernant les troubles liés à l'usage de substance (TUS) ou de jeu pathologique, on retrouve des services spécialisés d'évaluation, de traitements individuels et de petit groupe. Bien que la majorité des militaires obtiennent ces services en consultation externe à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, certains militaires avec un besoin de traitement plus intensif peuvent obtenir des soins dans des centres de traitement en dépendance avec hébergement offert dans la communauté²⁹.

Maintenant que nous avons situé les particularités distinctives de l'institution des Forces armées canadienne, exposé les liens entre l'éthos et la doctrine militaire, la perception (bien souvent) négative de la demande d'aide en santé mentale et les différents services psychosociaux disponibles au Centre de santé Valcartier, le prochain chapitre s'appliquera à brosser un état des lieux entourant l'objet de recherche qui nous intéresse : le fonctionnement social des militaires avec un trouble concomitant de stress post-traumatique et de trouble lié à l'utilisation de substance (TSPT-TUS) suite aux traitements reçus.

²⁸ Le programme de traitement *Seeking Safety* sera étudié et décrit plus en détail au chapitre 2.

²⁹ Lorsque le besoin du militaire ne peut être répondu par la gamme des services directement offerts à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, le militaire peut alors être référé à des services civils (hôpital, professionnels en bureau privé, organisme communautaire, etc.) par l'entremise de la clinique qui assurera la coordination des soins. Les frais encourus demeurent assumés par les FAC.

CHAPITRE 2

ÉTAT DES CONNAISSANCES ET RECENSION DES ÉCRITS

Comme en fait état Fortin et Gagnon (2016), la recension des écrits représente une partie importante de la démarche scientifique. Par elle, le chercheur fait « l’inventaire et l’examen critique des publications se rapportant à un sujet de recherche et présente un regroupement de travaux pertinents » (Fortin et Gagnon, p.134). La recension des écrits, en plus de nous permettre d’évaluer la façon dont ce que nous projetons d’étudier est documenté, nous a permis de faire un inventaire des faits empiriques et théoriques pertinents entourant les recherches précédentes, actuelles ou à venir sur notre objet d’étude. Avec ces informations, nous avons pu circonscrire le problème à l’étude et formuler des questions de recherche pertinentes (Fortin et Gagnon, 2016).

Précisons que pour réaliser la recension des écrits du présent mémoire de maîtrise en service social et pour obtenir un état des lieux, plusieurs bases de données ont été consultées (*ProQuest, PILOTS, CAIRN, Érudit, Scholar Portal*). À partir de mots-clés³⁰ lancés sur ces moteurs de recherche, nous avons constitué un *corpus* bibliographique de 660 textes, articles, livres de référence et de recherches. La majorité des écrits se situent entre les années 2000 et 2016. Sur ce lot, 189 écrits ont été retenus pour leur lien avec l’objet du mémoire de maîtrise et parce qu’ils portaient plus spécifiquement sur des thèmes comme : le trouble concomitant de stress post-traumatique et le trouble d’utilisation de substance (TSPT-TUS) ; les traitements disponibles ; les impacts du TSPT-TUS sur le fonctionnement social et/ou sur l’exécution des rôles sociaux et les méthodes d’évaluation du fonctionnement social.

³⁰ Les mots-clés français utilisés : traitement du trouble de stress post-traumatique, TSPT, ESPT, trouble d’utilisation de substance, TUS, trauma militaire, traitement trouble concomitant TSPT-TUS, fonctionnement social et qualité de vie. Les mots-clés anglais utilisés : *PTSD treatment, military PTSD, substance abuse, substance use disorder, comorbid PTSD treatment, social functioning et quality of life*.

Nous consacrerons le reste du présent chapitre à la présentation des principales découvertes issues de la recension des écrits. Pour ce faire, nous décrirons d'abord la prévalence des troubles du TSPT et du TUS dans la population générale canadienne ainsi que dans la population militaire. Par la suite, nous expliquerons ce que les recherches ont démontré concernant les impacts des troubles de stress post-traumatique et de substance sur le fonctionnement social pour les rôles sociaux étudiés³¹. De plus, nous décrirons les différents termes associés au concept de fonctionnement social utilisé dans les recherches. Nous ferons également un survol des questionnaires d'évaluation du fonctionnement social identifiés pour le TSPT-TUS et leurs limites. Suivant cela, nous expliquerons ce que la recherche indique sur le traitement du TSPT-TUS, de leurs effets sur le fonctionnement social et les limites des recherches actuelles. Nous en tirons des constats qui nous permettront ainsi de circonscrire la problématique, de définir les hypothèses ainsi que les questions de recherche. Finalement, nous conclurons le présent chapitre par la démonstration de la pertinence de cette recherche au plan scientifique et en service social.

2.1. Prévalence du trouble de stress post-traumatique et du trouble lié à l'utilisation des substances

La prévalence est l'une des mesures souvent utilisées en recherche pour identifier le nombre de cas de maladies présents dans une population au cours d'une période de temps donnée. L'identification du taux de prévalence d'une maladie permet de connaître le nombre de personnes touchées par la maladie, de déterminer si le risque d'atteinte par la maladie est en augmentation ou en diminution et finalement, de connaître la gravité du problème au sein d'une population³².

³¹ Leurs rôles sociaux qui seront étudiés et que nous aurons à définir de façon plus approfondie dans le chapitre 3 sont les suivants : 1. dans la famille (à titre de conjoint et de parent) ; 2. dans les relations interpersonnelles (avec la famille élargie, les amis et les collègues) ; et 3. dans l'exercice de leurs fonctions (comme travailleur-militaire).

³² Voir le site internet suivant : <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Prevalence> (Page consultée le 1er juillet 2017).

Dans le but de situer l'ampleur des problèmes étudiés dans le cadre de notre recherche, nous décrirons, dans les rubriques qui suivent, les taux de prévalence des troubles de TSPT et de TUS tant dans la population générale que dans la population militaire.

2.1.1. Prévalence chez la population générale canadienne

Prévalence du TSPT

Selon l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM, 2017), les études menées sur la population canadienne estiment que 76 % des Canadiens auront vécu au cours de leur vie un événement traumatique. Malgré ce nombre important d'expositions à un événement traumatique, seulement 9 % des Canadiens développeront un TSPT. Parmi les individus les plus à risque de souffrir de TSPT, on retrouve les victimes d'actes criminels (entre 30 % et 45 %), les anciens combattants, les victimes de violence en milieu de travail et les accidentés de la route (entre 23 % et 35 % respectivement pour les deux dernières catégories).

Prévalence du TUS

Selon les résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (l'ESCC-Santé mentale) effectuée en 2010 concernant les troubles liés à l'utilisation de substances, 21,6 % des Canadiens âgés de plus de 15 ans (donc presque 6 millions d'individus) présentaient un profil de consommation correspondant à un trouble. Parmi les Canadiens présentant un TUS, l'alcool constitue la substance la plus abusée à 18,1 %, suivi du cannabis à 6,8 % et de 4 % pour l'ensemble des autres drogues. En outre, on constate une différence entre les sexes : les hommes ont un taux de TUS à l'alcool plus élevé au cours des 12 derniers mois (taux de 6,4 %) que les femmes (taux de 2,5 %) (Pearson, Janz et Ali, 2013 ; Chauvet, 2015).

Prévalence du trouble concomitant de TSPT-TUS

Plusieurs études ont fait état de la prévalence du trouble concomitant de TSPT et TUS parmi la population américaine (Simoneau et Guay, 2008 ; Van Dam et collab., 2012 ; Najavits et Lien, 2013 ; Ouimette et collab., 2003). L'une des études les plus rapportées concernant la prévalence du trouble concomitant de TSPT-TUS, celle de Kessler et collab. (1995), indique

que chez les individus participants à des traitements pour un TUS, le taux de prévalence de TSPT concomitant se situait entre 11 % et 60 %. De plus, entre 33 % et 75 % de ces individus auraient présenté un TSPT à un moment au cours de leur vie (Chauvet et collab., 2015). Par ailleurs, Kessler et collab. (1995) indiquent que les hommes souffrant d'un TSPT sont deux fois plus à risque d'avoir un TUS lié à l'alcool et trois fois plus à risque pour les drogues comparativement aux hommes sans TSPT (Chauvet et collab., 2015 ; Pearson, Janz et Ali, 2013).

2.1.2. Prévalence chez la population militaire

Les militaires constituent un groupe particulièrement à risque de développer un trouble de TSPT et de TUS. Tel que nous avons exposé dans notre premier chapitre, la nature du travail expose les militaires à un ensemble de situations difficiles, stressantes et dangereuses, donc à haut potentiel traumatique (Zinzow et collab., 2013).

Dans le contexte militaire, la prise d'alcool représente un moyen masculin usuel de gestion du stress. La consommation d'alcool est facilement accessible et collectivement acceptée chez les militaires. D'ailleurs, les recherches sur la population militaire tant aux États-Unis, en Grande-Bretagne qu'au Canada ont démontré que la consommation d'alcool est plus importante chez les militaires que dans la population civile (Skomorovsky et Lee, 2012 ; Lorber et Garcia, 2010). Conformément à la culture militaire qui peut valoriser l'inhibition émotionnelle, le comportement de boire après un événement stressant est répandu et normalisé. L'alcool devient alors une stratégie de choix pour reprendre le contrôle de ses émotions ou pour mieux tolérer des situations désagréables (Skomorovsky et Lee, 2012 ; Lorber et Garcia, 2010).

Étant donné que la majorité des recherches trouvées sur la prévalence du TSPT et TUS ont été réalisées sur les militaires ou les vétérans³³ américains, nous avons centré notre corpus

³³ Un vétéran est un ancien membre de l'armée qui a été libéré honorablement. Site internet Anciens Combattants Canada. Voir le site internet suivant : <http://www.veterans.gc.ca/fra/about-us/definition-veteran> (Page consultée le 11 février 2017).

bibliographique sur la population militaire nord-américaine. En raison de l'implication récente de l'armée canadienne et de l'armée américaine dans des missions similaires en Afghanistan, on peut ainsi présumer que les militaires canadiens et américains auront vécu des expériences de combat traumatiques comparables. Dans cet ordre d'idée, nous présenterons initialement les taux de prévalence du TSPT et du TUS chez les militaires américains suivis de ceux des militaires canadiens liés aux missions.

Prévalence du TPST-TUS chez les militaires américains

Un nombre important de militaires américains ont participé depuis 2001 à deux opérations majeures soient : l'*Operation Enduring Freedom (OEF)* en Afghanistan d'octobre 2001 à décembre 2014, et l'*Operation Iraqi Freedom (OIF)* en Irak de mars 2003 à août 2010. Depuis, plusieurs études recensées sur le TSPT ont été réalisées sur ces militaires américains ayant participé à ces deux missions. À ce titre, Gallant (2015) situe entre 2 % et 17 % les taux de prévalence du TSPT chez les militaires américains selon les diverses études américaines consultées. D'autre part, une méta-analyse de 29 études portant sur les militaires américains (Paré, 2013) a également révélé un taux de TSPT se situant entre 5 % et 20 %.

Enfin, Getzmann et Levy (2011) rapportent que chez les vétérans atteints d'un TSPT, 25 % d'entre eux présenteraient des troubles liés à l'alcool et de 6 % aux drogues. De son côté, Hinkly (2012) fait état de recherches qui situent les taux de prévalence du trouble concomitant de TSPT-TUS s'avérant aussi élevé que 50 % chez les militaires américains.

Ces données nous permettent d'affirmer que la problématique de substance est relativement commune chez les hommes militaires américains avec un TSPT.

Prévalence du TSPT-TUS chez les militaires canadiens

La participation des FAC aux missions en Afghanistan nous laisse présager que l'exposition aux expériences de combat des militaires canadiens est comparable à celles des militaires américains. C'est grâce à l'enquête sur la santé mentale dans les Forces canadiennes (ES-MFC) réalisée en 2013 par Santé Canada que nous avons pu en apprendre davantage sur

l'état de santé des militaires canadiens et des liens possibles avec le travail en déploiement (Pearson, Zamorski et Janz, 2013).

Par exemple, les chercheurs de l'ESMFC (Pearson, Zamorski et Janz, 2013) ont identifié les taux de prévalence de cinq troubles mentaux³⁴ présents chez les militaires des FAC au cours des douze derniers mois et au cours de la vie. Ensuite, les résultats compilés en 2013 ont été comparés à ceux obtenus lors de l'ESMFC précédente, réalisée en 2002. La comparaison entre les données obtenues en 2002 et celles de 2013 a permis d'identifier l'étendue des problématiques de santé mentale des militaires canadiens qui pourraient être associés aux déploiements en Afghanistan³⁵ (Pearson, Zamorski et Janz, 2013).

Ci-dessous, on retrouve le Tableau 1 comparant les taux de prévalence liée aux problématiques du TSPT et du TUS à l'alcool obtenu au cours de l'ESMFC en 2002 et 2013. Les résultats indiquent le pourcentage de militaires répondant aux critères pour les troubles de TSPT et de TUS au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie entière. Alors que les taux sur 12 mois fournissent des renseignements sur les cas présentés au cours de la dernière année, les taux au cours de la vie représentent les militaires dont l'état de santé correspondait à un trouble de santé mentale à un moment donné au cours de leur vie

³⁴ Les troubles mentaux retenus pour cette enquête sont : la dépression, le trouble d'anxiété généralisée, le TSPT, le trouble panique et les troubles liés à l'alcool (défini par l'abus ou la dépendance).

³⁵ L'échantillonnage de l'étude consiste en 6 700 militaires réguliers et de 1 500 réservistes.

**Tableau 1 Comparaison des taux de prévalence pour le TSPT et TUS
(ESMFC, 2013)**

	TSPT		TUS-alcool	
	12 derniers mois	Au cours de la vie	12 derniers mois	Au cours de la vie
2002	2,8	7,2	4,2	8,5 (dépendance seulement)
2013	5,3	11,1	4,5	31.9 (abus et dépendance)

On constate donc grâce à ce tableau un taux de prévalence de TSPT deux fois plus élevés en 2013 qu'en 2002 au cours des 12 derniers mois. Cette augmentation significative pourrait s'expliquer par la participation d'environ 40 000 militaires des FAC aux missions en Afghanistan au cours des années précédentes (Pearson, Zamorski et Janz, 2013).

L'analyse des données concernant les troubles liés aux substances est plus difficilement comparable par l'utilisation de critères différents en 2002 et 2013³⁶ pour l'abus et la dépendance. On peut néanmoins souligner qu'un tiers des militaires ayant été déployés aurait présenté au cours de leur vie une consommation problématique d'alcool en 2013 (Pearson, Zamorski et Janz, 2013).

³⁶ Avec la parution du DSM-5, les critères relatifs à l'abus et à la dépendance aux substances tels que définis dans l'édition précédente ont été modifiés pour inclure dorénavant un seul diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance.

De même, et toujours selon l'ESMFC (Pearson, Zamorski et Janz, 2013), 45 % des militaires déployés en Afghanistan auraient souffert d'un problème de santé mentale³⁷. Les militaires déployés montraient en cela deux fois plus de problèmes de TSPT et de trouble panique que ceux non déployés au cours de la dernière année (Pearson, Zamorski et Janz, 2013).

En somme, les résultats indiquent que les militaires canadiens déployés ont plus de problèmes de santé mentale, incluant un TPST ou un TUS, que les militaires non déployés (Gallant, 2015 ; Pearson, Zamorski et Janz, 2013).

Selon une autre étude, celle-là réalisée au sujet du TSPT et la santé mentale du personnel militaire et des vétérans par la Bibliothèque du Parlement du Canada, pour le compte du Sénat et de la Chambre des communes (Paré, 2013), on estime que, selon les taux actuels, environ 5 900 (23,6 %) des nouveaux vétérans canadiens seront atteints d'un trouble de santé mentale et au moins 2750 (11 %) d'entre eux souffriront d'une forme sévère de TSPT. De plus, le nombre croissant de demandes de services pour les militaires et les anciens militaires atteints de problèmes de santé mentale liés aux déploiements (incluant le TSPT et le TUS) qui auront besoin de soins spécialisés en santé mentale constituera un défi important pour le gouvernement canadien au cours des prochaines années (Paré, 2013).

Même le Ministère des Anciens Combattants Canada (ACC) prévoit que les besoins de soins doubleront au cours des cinq prochaines années. De toute évidence, ces chiffres montrent l'importance et la pertinence de développer et de diffuser des données probantes (*best practice*) pour cette population.

³⁷ Les troubles inclus dans l'ESMFC sont : la dépression, le trouble panique, trouble d'anxiété généralisé et le TUS.

2.2. L'impact du trouble de stress post-traumatique sur le fonctionnement social

L'une des études citées portant sur le fonctionnement social et/ou la qualité de vie³⁸ des vétérans atteints de TSPT fut réalisée par Zatzick et collab. (1997) sur les vétérans de la guerre du Vietnam. Dans cette étude, les résultats ont fait la démonstration que les vétérans de la guerre du Vietnam avec un TSPT avaient des problèmes persistants au-delà des symptômes du TSPT. En plus de présenter des problèmes de santé physique et de comorbidité psychiatrique, plusieurs vétérans demeuraient ainsi incapables de trouver ou maintenir un emploi. Les vétérans avec un TSPT rapportaient également une plus faible capacité à répondre aux activités de la vie quotidienne et une plus faible satisfaction de la qualité de vie. Plusieurs indiquaient des problèmes de violence dans leurs relations interpersonnelles (Zatzick, et collab., 1997).

Puisque les difficultés liées au fonctionnement social et à la qualité de vie ont été démontrées chez les vétérans du Vietnam, Schnurr et collab. (2009) ont voulu vérifier si les militaires atteints d'un TSPT lié aux conflits de l'OEF/OIF présenteraient des difficultés similaires. De fait, les militaires de l'OEF/OIF ont obtenu des résultats comparables aux vétérans du Vietnam sur le plan d'une diminution du fonctionnement social et d'une plus faible satisfaction de la qualité de vie (Schnurr et collab., 2009).

Plus récemment, une vaste recension des écrits a été effectuée par Rodriguez, Holowka et Marx (2012) pour le *Veteran Affairs* américain concernant l'état du fonctionnement social des militaires avec un TSPT. Ces auteurs conclurent que, selon les résultats de l'ensemble des études consultées, les vétérans américains souffrant de TPST éprouvent de nombreuses difficultés de fonctionnement social sur le plan de la relation conjugale et familiale, des relations sociales, du rôle parental ainsi que sur le plan occupationnel (soit au travail ou aux études). Nous décrirons dans la section suivante les difficultés de fonctionnement social les

³⁸ La qualité de vie tient compte d'une combinaison de facteurs psychologiques, physiques, sociaux, culturels et matériels pour évaluer la satisfaction et le bien-être d'un individu. Une définition plus complète est disponible au chapitre 3.

plus fréquemment rapportées dans notre recension des écrits : dans les relations conjugales, les relations sociales, les relations parent-enfant, et au travail.

2.2.1. Dans les relations conjugales

Les difficultés relationnelles des couples dont l'un des partenaires souffre de TSPT sont multiples (Gallant, 2015 ; Tsai et collab., 2012 ; Schnurr et collab., 2009 ; Sherman, Larsen, Borden, 2015). À ce titre, Sherman, Larsen et Borden (2015) rapportent que plus de 77 % des militaires consultant les services de santé mentale présentent des problèmes familiaux et de couple. Ces chercheurs expliquent que les symptômes de TSPT, tel que le détachement émotif, la perte significative et généralisée d'intérêt et l'évitement, diminuent la capacité du militaire d'être en relation d'intimité affective³⁹ (Gallant, 2015 ; Tsai et collab., 2012).

Le militaire avec un TSPT éprouverait également plus de difficultés à communiquer efficacement avec sa partenaire et présenterait une capacité réduite de résolution de conflit (Monson, Taft et Fredman, 2009). En outre, les symptômes d'évitement et de perte d'intérêt généralisé chez le militaire limiteraient considérablement les activités sociales du couple. On le conçoit alors, pour le militaire avec un TSPT, il existe des répercussions négatives au sein du couple et dans le réseau social (Rodriguez, 2012).

Pour preuve, rapportons-nous à ces autres études qui soulignent que chez ces couples dont le militaire est atteint de TSPT, les conjointes présenteraient un risque plus important de violence physique et psychologique que chez les couples dont le militaire n'est pas atteint de TSPT (Galovski et Lyons, 2004 dans Gallant, 2015 ; Monson, Taft et Fredman, 2009 ; Sherman, Larsen, Borden, 2015). Le risque potentiel de violence chez les militaires avec un TSPT serait particulièrement associé aux symptômes d'hypervigilance, d'irritabilité et de difficulté dans la gestion de la colère (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 ; Calle, 2014).

³⁹ Cette difficulté d'intimité affective est fréquemment associée à des problèmes érectiles et sexuels (Gallant, 2015 ; Tsai et collab., 2012).

Devant les difficultés du militaire atteint de TSPT, il appert que les conjointes assumeront une part plus importante des responsabilités familiales (accomplir les tâches ménagères, s'occuper des enfants, etc.), en plus de s'assurer du bien-être psychologique du conjoint malade (Gallant, 2015). Devant la vulnérabilité du conjoint et militaire, elles se sentiront responsables de maintenir l'équilibre et le bon fonctionnement de la famille.

On peut s'en douter, la présence de difficultés conjugales, comme celles décrites précédemment, augmenterait les risques de rupture du couple. D'ailleurs, il semblerait que le risque de rupture serait deux fois plus élevé chez les couples dont le militaire est atteint de TSPT que chez les couples sans TSPT (Tsai, Pietrzak, et Southwick, 2012 ; Monson, Taft et Fredman, 2009).

D'autres chercheurs (Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012) mettent de l'avant l'importance de soutenir et d'offrir de l'aide à ces couples en difficulté. D'après les études qu'ils ont menées, il semble que le fait d'être en couple pourrait aussi avoir un effet protecteur pour le militaire avec un TSPT. Et pour cause, car le facteur le plus fréquemment impliqué lors d'un suicide d'un militaire est la rupture du couple. On estime ainsi que la rupture amoureuse serait en cause dans 40 % à 50 % des suicides rapportés chez les militaires (Sherman, Larsen et Borden, 2015 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012).

En résumé, on comprend, par l'exposé qui précède, que les couples dont le militaire est atteint de TSPT vivent des difficultés multiples sur le plan conjugal comme : la perte d'intimité affective et de communication, la perte d'activités sociales, l'hyper-responsabilisation de la conjointe dans la vie domestique et la présence de comportements de violence dans la vie familiale. Ces problèmes fragilisent la relation conjugale et augmentent les risques de rupture.

2.2.2. Dans les relations sociales

En plus des difficultés conjugales, la présence de symptômes de TSPT, particulièrement les réactions de colère, d'irritabilité, a un impact sur la capacité du militaire à maintenir des relations interpersonnelles harmonieuses.

Sherman, Larsen, Borden (2015) rapportent ainsi que des études longitudinales indiquent jusqu'à présent que les vétérans des conflits de l'OEF/OIF admettent avoir commis des gestes de violence envers autrui au cours de la dernière année. Ces comportements de violence peuvent se présenter sous forme de bagarre ou de comportements de rage au volant. L'irritabilité, le manque de contrôle de la colère et le manque de tolérance augmentent ainsi le risque de conflit interpersonnel tant avec des inconnus qu'avec des membres de la famille, des amis ou des collègues de travail.

De même, l'état d'hypervigilance et l'évitement de situations potentiellement anxiogènes entraînent progressivement le retrait du militaire d'activités de loisirs et d'occasions de socialisation avec les autres (Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Schnurr et collab., 2009). Les militaires peuvent alors devenir plus isolés à la maison, n'étant plus en mesure de composer avec l'anxiété provoquée par la présence de foule ou d'individus. Toujours selon Sherman, Larsen et Borden (2015), les recherches sur les vétérans ayant participé à l'OEF/OIF révèlent que plusieurs éprouvent des difficultés à entretenir des relations sociales. Ainsi, 44 % d'entre eux ont du mal à développer de nouvelles relations amicales et 45 % indiquent avoir d'importantes difficultés à maintenir des liens avec des amis non militaires (Gibbs, Clinton-Sherrod et Johnson, 2012 cités dans Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Schnurr et collab., 2009).

2.2.3. Dans les relations parent-enfant

Plusieurs études font également état des difficultés qu'éprouvent les militaires avec un TSPT dans l'exercice de leur rôle parental (Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Rodriguez, 2012, Tsai, Pietrzak, et Southwick, 2012 ; Schnurr et collab., 2009 ; Cohen, Salomon et Zerach, 2011).

Ces difficultés consistent notamment en des limitations sur le plan des habiletés parentales, à un faible niveau de satisfaction dans le rôle de parent et plus d'interactions négatives auprès de leurs enfants (Gewirtz, DeGarmo, Polusny, Khaylis et Erbes, 2010 ; TSAI et collab., 2012 ; Schnurr et collab., 2009).

De plus, certains symptômes liés au TSPT, tels que l'évitement, l'émoussement émotionnel⁴⁰, l'hypervigilance et l'irritabilité, ont été mis en cause pour expliquer les difficultés parentales vécues par les militaires (Cohen, Salomon et Zerach, 2011 ; Calle, 2014). Ainsi, l'évitement et la tendance à l'isolement du militaire réduisent sa capacité à s'impliquer dans les activités de la vie domestique, voire de s'engager activement auprès de ses enfants. À titre d'exemple, le militaire peut se sentir incapable d'accompagner son enfant à ses activités sportives, car se retrouver dans un lieu public est trop anxiogène.

L'émoussement émotionnel provoquerait à son tour des difficultés d'engagement dans le rôle de père, en plus de nuire à l'expression affective et au développement d'un sentiment d'attachement du militaire envers ses enfants. En conséquence, la capacité du militaire d'assurer une présence et du soutien sur le plan affectif s'en trouve diminuée, particulièrement pour les enfants en bas âge. Cette diminution de capacité contribue à un manque de satisfaction dans son rôle parental (Cohen, Salomon et Zerach, 2011 ; Calle, 2014).

Bref, il appert donc que les nombreuses difficultés dans l'exécution du rôle parental chez le militaire, cumulées au manque de collaboration dans le couple (sur le plan de la supervision et de la discipline des enfants), sont à même de générer une importante instabilité parentale. Et pareille instabilité parentale peut occasionner chez les enfants davantage de détresse psychologique, de stress et de troubles de comportement (Gewirtz, Polusny, DeGarmo, Khaylis et Erbes, 2010 ; Sherman, Larsen et Borden, 2015 ; Schnurr et collab., 2009).

⁴⁰ L'émoussement affectif est un symptôme psychologique qui se caractérise par une réduction de l'intérêt général et d'un sentiment de détachement face aux autres. Il est associé à un certain nombre de troubles psychiatriques dont le TSPT. La définition est disponible sur le site internet suivant : <http://www.btb.termium-plus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html?lang=fra&i=&index=alt&srchtxt=EMOUSSEMENT%20EMOTIONNEL> (Page consultée le 30 juin 2017).

2.2.4. Au travail

Les symptômes du TSPT ont un également un impact important sur le fonctionnement du militaire dans son milieu de travail (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012; Schnurr et collab., 2009).

Puisque le TSPT est associé à de fortes émotions négatives dont un état d'hypervigilance et d'anxiété, plusieurs militaires ont une plus faible tolérance au stress et à une capacité réduite à la gestion de l'anxiété. En conséquence, ils peuvent éprouver des difficultés à gérer le stress généré par les pressions et les exigences de rendement de l'employeur (Rona et collab., 2010).

Aussi, les troubles de sommeil associés au TSPT nuisent aux fonctions cognitives telles que l'attention, la mémoire et la concentration (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012; Schnurr et collab., 2009). Une plus faible performance cognitive peut rendre l'accomplissement des tâches au travail plus complexe et ardu.

De plus, ces militaires sont à risque de cumuler plus de retard au travail et de jour d'absentéisme en lien avec ces difficultés (Rona et collab., 2010).

De façon générale, la présence de symptômes de TSPT est associée à une plus faible performance ainsi qu'à un taux plus faible de satisfaction au travail (Rona et collab., 2010).

Si on se rapporte maintenant à l'éthos et/ou la doctrine militaire évoquée dans le chapitre précédent, on peut penser que les militaires canadiens avec un TSPT risquent de ne plus pouvoir répondre aux exigences de la carrière militaire (c.-à-d. au principe de l'universalité de service⁴¹). Si tel est le cas, ceux-ci devront quitter les FAC et se réorienter vers une

⁴¹ Le principe de l'universalité de service fait référence au fait que les militaires « doivent exécuter les tâches militaires d'ordre général ainsi que les tâches communes liées à la défense et à la sécurité en plus des tâches de leur groupe professionnel militaire ou de leur description de groupe professionnel militaire. Entre autres, les militaires doivent être en bonne condition physique, aptes au travail et déployables pour aller effectuer des tâches opérationnelles générales ». Voir le site de la Défense nationale et Forces armées canadiennes au lien suivant : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-directives-ordonnances-administratives-defense-5000/5023-0.page> (Page consultée le 10 septembre 2017).

deuxième carrière (Boulos et Zamorski, 2013). Cette période de transition liée au fait de quitter la vie militaire vers la vie civile peut, encore là, s'avérer une étape douloureuse et pleine d'incertitude pour plusieurs (Paré, 2013). En effet, la perte d'emploi, en plus de s'avérer un facteur de risque lié au développement de problématique de santé mentale (Paré, 2013), représente un facteur de stress important, car les militaires perdent ainsi un environnement professionnel et social significatif.

Des études sur les vétérans américains ont, en cela, montré les difficultés d'intégration sur le marché du travail et de maintien d'un emploi suivant la carrière militaire (Rodriguez, et collab., 2012 ; Maguen et collab., 2009 ; Zatzick et collab., 1997). La présence d'irritabilité associée au TSPT diminuerait de beaucoup la capacité des militaires et vétérans à résoudre les conflits interpersonnels avec les collègues (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012; Schnurr et collab., 2009 ; Skomorovsky et Lee, 2012). Ces difficultés, sur le plan du travail, engendreraient de l'instabilité financière qui, conséquemment, pourrait poser un risque accru pour la criminalité et l'itinérance (Maguen, Stalnaker, McCaslin, Litz, 2009).

Ainsi donc, on comprend que les symptômes de TSPT exercent un impact important sur les capacités des militaires à effectuer leur travail, à gérer la pression, le stress et les relations interpersonnelles en milieu de travail. Ces nombreuses difficultés peuvent ainsi compromettre la carrière d'un militaire. L'incertitude liée à la perte de la carrière militaire associée à la perte de capacités au travail ajoute un stress supplémentaire chez les militaires. Les militaires peuvent alors douter de leurs aptitudes à se retrouver un emploi dans le monde civil.

SYNTHÈSE

Nous avons vu plus haut comment les symptômes manifestes du TSPT entraînent des impacts significatifs tant chez le militaire qui en souffre que sur son entourage. À ce titre, on

peut conclure que ceux atteints d'un TPST risquent de vivre, à des degrés divers, des difficultés de fonctionnement social sur le plan des relations conjugales, des relations sociales, dans les relations parent-enfant ainsi qu'au travail.

Voyons dans ce qui suit ce que nous enseigne la littérature concernant le fonctionnement social des militaires en lien avec le trouble d'utilisation de substances (TUS).

2.3. L'impact du trouble lié à l'utilisation de substance (TUS) sur le fonctionnement social

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-Santé mentale (ESCC-Santé mentale, 2010) citée antérieurement, il apparaît que l'utilisation abusive et problématique de substances psychoactives entraîne des conséquences multiples chez le consommateur. Les conséquences associées au TUS peuvent se manifester dans les différentes sphères de vie : sur le plan de la santé mentale, de la santé physique, des relations interpersonnelles, au plan financier ou occupationnel par exemple.

Les conséquences liées au TUS affectent non seulement les utilisateurs, mais également l'entourage immédiat de ces derniers, voire la société en général (Statistique Canada, 2010). Parmi les conséquences reliées aux TUS, on compte les risques associés aux accidents et traumatismes comme ceux liés, par exemple, aux accidents de la route, aux actes de violence, au suicide, à la surdose ainsi qu'aux comportements associés à la délinquance et la judiciarisation (Laudet, 2011 ; Chauvet, 2015). Ce sont, par ailleurs, ce type de conséquences vécues qui mènent plus particulièrement les utilisateurs militaires à demander de l'aide et des services (Laudet, 2011) psychosociaux. Comme nous l'avons fait pour le TSPT plus haut, nous aborderons de façon plus détaillée dans la section suivante, les principales conséquences des TUS sur le fonctionnement social, et plus particulièrement dans les relations conjugales, les relations sociales, les relations parent-enfant et au travail.

2.3.1. Dans les relations conjugales

Selon le rapport de recherche du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire (CRDM-IU), et pour la population en générale, il apparaît que l'usage problématique de substance est associé à une plus grande instabilité et/ou insatisfaction dans la

relation de couple (Chauvet, 2015). À ce titre, Laflamme-Cusson et collègues (1994), comme rapportés dans Chauvet (2015), estiment que de 32 % à 49 % des individus qui consultent pour des problèmes de consommation rapportent vivre des conflits conjugaux. Chez ces couples dont l'un des partenaires a un TUS, les recherches ont démontré la présence de problèmes liés à l'intimité tels que la distanciation affective, les problèmes communicationnels et les troubles sexuels. Pour ces raisons, plusieurs chercheurs affirment que ces couples sont plus à risque de rupture du couple, de divorce et de violence conjugale (Chauvet, 2015 ; Tremblay, Bouchard et Bertrand, 2009).

Ainsi, on pourrait supposer que les difficultés conjugales exposées précédemment peuvent également s'appliquer aux militaires avec un TUS. D'ailleurs, à ces difficultés reliées au TUS, s'ajoutent aussi celles associées au contexte de la vie militaire⁴² et à l'adhésion du militaire à un modèle masculin traditionnel⁴³. Des difficultés qui, somme toute, risquent de fragiliser les relations conjugales.

2.3.2. Dans les relations sociales

Les individus avec un TUS tendent à développer des relations interpersonnelles avec ceux qui ont des habitudes de vie et de consommation similaires aux leurs (Chauvet, 2015). Par exemple, chez les militaires, il est fréquent que les activités sociales ou de cohésion soient centrées sur la consommation d'alcool (Skomorovsky et Lee, 2012 ; Lorber et Garcia, 2010 ; Rona et collab., 2010). Ainsi, l'usage d'alcool peut devenir un moyen-rituel facilitant l'adhésion à un groupe.

D'ailleurs — et nous l'avons soulevé plus haut, — on rapporte que la surconsommation d'alcool est d'ailleurs un moyen toléré et normalisé parmi les militaires masculins pour composer avec les situations stressantes ou des émotions négatives, que ce soit seul ou en groupe (Lorber et Garcia, 2010 ; Rona et collab., 2010).

⁴² Rappelons à cet effet que la vie militaire comprend de nombreux facteurs de stress tel que les absences répétées, l'inquiétude liée à la dangerosité d'un déploiement et les déménagements fréquents (voir le Chapitre 1).

⁴³ Un modèle masculin qui, du reste, demeure ancré à l'ethos/doctrine militaire exposée plus haut.

Par contre, chez les individus souffrants d'un TUS plus sévères, on remarque plutôt une diminution ou un arrêt des activités sociales et de loisirs au profit de la surconsommation. L'abandon de ces activités, à leur tour, favorise l'isolement et le repli sur soi. En conséquence, ceux avec un TUS obtiennent peu de soutien social ou lorsqu'ils en reçoivent, il s'agit d'un soutien social qui favorise la surconsommation (Chauvet, 2015 ; Kelly et Magill, 2009).

En somme, on peut retenir que chez les militaires, la prise d'alcool, en plus de favoriser la cohésion du groupe et de répondre à un désir d'appartenance, s'inscrit comme moyen de gestion du stress qui, avec le temps, peut contribuer au développement d'un TUS. Lorsqu'un individu a développé un TUS, cette surconsommation aura un impact sur la qualité des relations sociales.

2.3.3. Dans les relations parent-enfant

La présence d'un TUS nuirait à la capacité de l'individu à répondre adéquatement à son rôle de parent. À ce titre, des études menées auprès de parents souffrant d'un TUS, démontrent qu'entre 20 % et 42 % d'entre eux avouent avoir prodigués de mauvais traitements, et de 11 % à 31 % ont adopté des comportements de négligence envers leurs enfants (Chauvet, 2015 ; Clément et Tourigny, 1999).

Les enfants, dont l'un des parents présente un TUS, sont également plus à risque d'être témoin de violence conjugale. Plusieurs études (Clément et Tourigny, 1999 ; Kelly et Magill, 2009 ; Chauvet, 2015 ; Tremblay, Bouchard et Bertrand, 2009) indiquent que les parents atteints d'un TUS vivent de l'instabilité sur le plan des relations conjugales. Ces relations sont marquées par la présence de comportements de violence psychologique et physique nuisibles au développement des enfants (Chauvet, 2015).

Qui plus est, plusieurs parents avec un TUS doivent occuper leur temps, leurs efforts et leurs ressources financières à répondre au besoin de consommer. Dans un tel contexte, il est possible que les besoins des enfants deviennent secondaires à ceux de se procurer des substances ou de consommer. Conséquemment, ces parents peuvent avoir une capacité plus limitée de se montrer disponibles et attentifs aux besoins de leurs enfants (Chauvet, 2015).

Ces parents sont aussi moins constants au niveau de la discipline, de l'encadrement et utilisent moins de stratégies parentales favorisant l'établissement d'un environnement familial stable (Clément et Tourigny, 1999).

De plus, la présence de certaines situations psychosociales, telles que la dépression, la perte d'emploi, les problèmes judiciaires ou l'isolement social, peut limiter davantage les capacités parentales de ceux avec un TUS (Clément et Tourigny, 1999 ; Chauvet, 2015).

Il apparaît également que la présence d'un TUS chez l'un des parents augmentent les risques chez les enfants et les adolescents de développer des troubles comportementaux, de santé mentale, des difficultés scolaires, de la délinquance et de la consommation de substances (Clément et Tourigny, 1999 ; Getzmann et Levy, 2011 ; Chauvet, 2015).

Chez les pères militaires qui adhèrent à un modèle masculin plus traditionnel, on note cette tendance à appliquer une discipline plus autoritaire, reproduisant ainsi le modèle militaire. Dans cette perspective, les pères accorderaient une plus grande place à l'obéissance de l'autorité et moins de place pour l'écoute des besoins affectifs ou pour l'expression émotionnelle de leurs enfants (Régimbald et Deslauriers, 2010).

On peut supposer que les facteurs de risque reliés au TUS parental, en plus du stress associé au contexte de vie militaire et de l'adhésion du militaire à rôle masculin traditionnel, à un éthos/doctrine militaire, viendront jouer un rôle important dans les capacités parentales et les relations pères-enfants.

2.3.4. Au travail

Selon Petry et collab. (2013), plus de la moitié des individus en traitement pour un problème de TUS indiquent avoir des problèmes associés à l'emploi et à la perte de leur emploi.

À cause du lien entre la consommation de substance, la perte de la motivation et d'intérêt pour leur travail et la diminution du rendement, les individus avec un TUS présentent un risque de perdre leur emploi (Palle, Briand-Madrid et Richard, 2015 ; Petry, Andrade, Rash et Cherniack, 2013).

Aussi, le fait de consommer des substances de façon excessive nuit au fonctionnement des facultés cognitives comme le jugement, la concentration et la coordination nécessaire à la productivité au travail. On peut alors déduire que cette diminution des facultés attentionnelles augmente les risques d'accident ou d'erreur au travail. Enfin, il est rapporté que les consommateurs problématiques d'alcool ou de drogues arrivent plus souvent en retard et ont plus de journées d'absence au travail (Petry, Andrade, Rash et Cherniack, 2013).

Même si les problèmes de fonctionnement au travail tel que de perte de la motivation, de diminution du rendement ou d'absentéisme lié au TUS sont les mêmes pour la population militaire que pour la population civile (Rona, Fear, Hotopf et Wessely, 2010 ; Skomorovsky, 2012), on peut penser qu'en fonction des activités propres aux militaires qui exercent ou non un métier de combat, les conséquences d'une consommation abusive et problématique de substances au travail puisse les mettre à risque eux-mêmes ainsi que leur environnement de travail.

À ce titre, et comme évoqué dans le chapitre un, les FAC exigent de leurs militaires une responsabilité accrue concernant la question de sécurité en milieu de travail en lien avec une utilisation excessive de substances. Aussi, on retrouve dans les directives et ordonnances de la Défense (DOAD)⁴⁴, particulièrement dans le DOAD 5019-3 « Programme des Forces canadiennes sur le contrôle des drogues » et le DOAD 5019-7 « Inconduite liée à l'alcool », les attentes de l'organisation envers les militaires qui consomment des substances et des conséquences possibles sur leur carrière. Ces conséquences impliquent des mesures disciplinaires et administratives variant de l'avertissement au congédiement.

⁴⁴ Le DOAD 5019 est disponible sur le site internet suivant : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-directives-ordonnances-administratives-defense-5000/tdm-5019.page> (Page consultée le 11 novembre 2017).

SYNTHÈSE

Nous avons vu plus haut comment l'utilisation abusive et problématique de substances psychoactives peut entraîner des conséquences sur les militaires avec un TUS et sur leur entourage. En cet égard, on peut conclure que ceux atteints d'un TUS, en plus de se mettre à risque de recevoir des sanctions sur le plan militaire, vivent des conséquences notables sur le plan des relations conjugales, des relations sociales, des relations parent-enfant.

Après avoir isolé et exposé les conséquences du TSPT et du TUS sur le fonctionnement social des militaires, et plus particulièrement sur l'exercice de rôles sociaux, attardons-nous maintenant aux conséquences de ces problématiques lorsqu'elles sont combinées.

2.4. Les impacts du trouble concomitant de TSPT-TUS sur le fonctionnement social

Il est généralement admis que l'atteinte d'un trouble concomitant de santé mentale et de TUS entraîne plus de problèmes de fonctionnement social et complique le traitement comparativement à l'atteinte d'un seul trouble de santé mentale (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005). De plus, on rapporte dans la littérature que chez les individus avec un TUS et un problème de santé mentale, l'abandon prématuré des traitements, la présence de problèmes de santé physique et de détresse psychologique, l'isolement social, la précarité d'emploi et les problèmes financiers sont les problèmes les plus fréquemment relevés (Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005 ; Patenaude, 2010, Rudolf et Watts, 2002). Voilà un état des lieux qui nous permet de faire des liens de rapprochement avec les individus qui doivent, au quotidien, composer avec le trouble concomitant de TSPT-TUS.

Nous avons illustré dans les paragraphes précédents comment chacune des problématiques, soit le TSPT ainsi que le TUS, affecte les relations conjugales, les relations sociales, les relations parent-enfant et le travail. Or, bien que nous ayons découvert des recherches portant sur le trouble concomitant du TSPT-TUS pour les populations civiles et militaires, nous n'avons pu trouver d'études traitant conjointement du TPST-TUS et de ces conséquences sur le fonctionnement social de manière aussi détaillée que pour chacun des troubles pris séparément. Autrement dit, nous n'avons pu identifier dans les recherches consultées les

impacts de ce trouble concomitant pour l'ensemble des sphères spécifiques suivantes : sur le plan des relations conjugales, des relations sociales, des relations parent-enfant ainsi que sur le plan du travail. Tout en tenant compte de ce fait, nous présenterons dans les prochains paragraphes ce que nous avons quand même pu trouver relativement aux impacts que peut avoir le trouble concomitant de TSPT-TUS sur le fonctionnement social des individus-militaires. Plus spécifiquement, nous nous appliquerons à faire état de découvertes autour des conséquences que peut avoir le trouble concomitant sur la santé mentale de ces derniers, sur leur niveau de vie socio-économique, sur leur réseau de soutien social et enfin, sur les traitements psychosociaux disponibles.

2.4.1. L'impact sur la santé mentale

En ce qui concerne les individus avec un TSPT-TUS, plusieurs auteurs relèvent que lorsque ces derniers demandent de l'aide spécialisée : ils présentent un profil clinique plus détérioré ; ils manifestent une plus grande détresse psychologique associée à des tentatives de suicide ; ils ont plus de dépression majeure et de problèmes de santé physique (Simoneau et Guay, 2008 ; McCauley et collab., 2012 ; McBride, 2007). Bref, ils auraient également un nombre plus élevé d'hospitalisation et d'incarcération que ceux avec un TSPT sans TUS (Rudolf et Watts, 2002).

En plus du TSPT-TUS, les risques d'avoir également un trouble anxieux ou un autre trouble de santé mentale⁴⁵ sont plus importants (Roberts, Roberts et Bisson, 2015). On observe que ceux avec un TSPT-TUS présentent une anxiété plus sévère ainsi qu'une plus faible tolérance à l'anxiété (McBride, 2007 ; McCauley et collab., 2012). En fait, les individus utiliseraient davantage de stratégies d'évitement comparativement à ceux souffrant de TSPT sans cette comorbidité. Or, un fait important à noter : cette tendance à utiliser des stratégies d'évitement est associée à une plus faible efficacité du traitement du TSPT-TUS (Ouimette, Finney, & Moos, 1999).

⁴⁵ Les autres troubles de santé mentale associés au TSPT-TUS rapportés dans les recherches sont le trouble anxieux, la dépression et les troubles de la personnalité (Roberts, Roberts et Bisson, 2015).

Les informations qui précèdent portent à croire que les militaires avec un TSPT-TUS manifesterait ainsi plus de détresse psychologique et plus de comportements d'évitement. Ce qui ne serait pas sans limiter l'efficacité du traitement.

2.4.2. L'impact sur le plan socio-économique

Les nombreuses difficultés exposées plus haut permettent de supposer que le TSPT-TUS pourrait nuire à la capacité des individus de travailler. À ce titre, Drapkin et collab. (2011) ont établi que ceux avec un TSPT-TUS ont un revenu inférieur comparativement à une population atteinte uniquement de TSPT. Par exemple, sur les 167 personnes étudiées avec un TSPT-TUS, 62 % étaient sans emploi et détenaient un plus faible niveau de scolarité. Ceci pourrait expliquer le taux de pauvreté plus élevé et le risque plus important d'itinérance observés chez ceux avec un TSPT-TUS (Drapkin et collab., 2011).

Concernant les militaires aux prises avec un TSPT-TUS, et tel qu'exposé plus haut, la perte possible de la carrière militaire causerait vraisemblablement de l'incertitude sur leurs capacités à se réorienter et à maintenir un emploi dans le monde civil.

2.4.3. L'impact sur le plan du soutien social

Les études que nous avons consultées ont aussi montré que plusieurs vivent plus souvent seuls qu'en couple et sont plus isolés socialement (Simoneau et Guay, 2008 ; McBride, 2007 ; McCauley et collab., 2012). De plus, ils obtiennent moins de soutien de leur entourage comparativement à ceux avec un TUS ou un TUS associé à une autre problématique de santé mentale (Ouimette, Finney, et Moos, 1999 ; Simoneau et Guay, 2008). Cela pourrait s'expliquer, entre autres, par un style d'attachement évitant, par plus de méfiance envers le traitement ou les intervenants, par plus d'impulsivité et de comportements de violence que ceux avec un TUS sans TSPT (Simoneau et Guay, 2008 ; Ouimette, Finney et Moos, 1999).

En somme, et à la lumière de ce qui précède, on peut supposer que les militaires avec un TSPT-TUS seraient, en cela, plus susceptibles d'avoir un soutien social limité ou absent comparativement à ceux souffrants qu'une seule des deux problématiques.

2.4.4. L'impact sur le traitement

Il est également rapporté que les symptômes de TUS peuvent masquer ou exacerber certains symptômes du TSPT, compliquant ainsi le diagnostic et le traitement. Ainsi, la présence d'un TUS peut aggraver les symptômes du TPST, et de façon réciproque, la sévérité des symptômes du TSPT peut augmenter ceux du TUS (Ouimette, Finney et Moos, 1999 ; Debell et collab., 2014). Cette complexité inhérente au phénomène des troubles concomitants fait en sorte que ces individus sont plus à risque d'erreurs au niveau du diagnostic et de l'orientation du traitement (Comité permanent des troubles concomitants, 2005).

Certaines études (Debell et collab., 2014 ; Ouimette, Finney et Moos, 1999 ; Roberts, Roberts et Bisson, 2015 ; Simoneau et Guay, 2008) ont aussi montré comment les traitements du TSPT reconnus pour leur efficacité n'ont pas la même portée chez les individus avec un TSPT-TUS. Alors qu'ils présentent un profil clinique plus complexe, les individus avec ce trouble concomitant retirent généralement moins de bénéfices des traitements (Debell et collab., 2014 ; Ouimette, Finney et Moos, 1999 ; Roberts, Roberts et Bisson, 2015 ; Simoneau et Guay, 2008). Si bien que d'autres chercheurs ont, à leurs tours, constaté un plus grand taux d'abandon des traitements du TSPT et du TUS, un plus faible taux de rétention dans les services psychosociaux ainsi qu'une plus grande difficulté de s'engager dans les traitements (Patenaude, 2010 ; Roberts, Roberts et Bisson, 2015 ; McCauley et collab., 2012 ; Simoneau et Guay, 2008 ; Debell et collab. 2014).

Il semblerait également que plus d'individus, et présumément les militaires, avec un TSPT-TUS rechutent (retour à la consommation de substance) au cours de la période de suivi et qu'ils rechutent plus rapidement à la fin du traitement. Autrement dit, s'ils persistent à consommer plus d'une substance à la fois, ils en consomment alors plus souvent et boivent aussi un plus grand volume d'alcool par occasion que ceux qui n'ont qu'un TUS (Roberts, Roberts et Bisson, 2015 ; McCauley et collab., 2012 ; Simoneau et Guay, 2008).

SYNTHÈSE

À la lumière de ce qui précède, force est de constater que les informations disponibles sur les impacts du trouble concomitant de stress post-traumatique et d'utilisation de substance sur le plan des relations conjugales, sociales, sur la relation parent-enfant ainsi qu'au travail sont plus limitées que pour chacune des problématiques prises individuellement. Néanmoins, par les rubriques précédentes, nous n'avons pas pu illustrer avec éloquence la sévérité des conséquences du TSPT-TUS sur le fonctionnement social des militaires et des complications liées aux traitements comparativement au TSPT ou TUS pris séparément.

Devant le peu d'informations disponibles sur les impacts du TSPT-TUS sur le fonctionnement social des militaires et plus particulièrement sur les relations conjugales et sociales, la relation parent-enfant et le travail⁴⁶, nous croyons qu'élargir l'exploration du concept de fonctionnement social à d'autres terminologies comparables permettra d'apporter un éclairage supplémentaire sur notre objet de recherche.

2.5. Problèmes liés à l'étude du fonctionnement social

Les écrits consultés lors de la recension des écrits concernant le fonctionnement social, qu'ils soient théoriques ou empiriques, nous ont permis de découvrir une grande variabilité dans l'emploi de ce concept. En fait, nous devons nous rendre à l'évidence : il est jusqu'à ce jour impossible d'identifier une définition unique ou consensuelle du fonctionnement social utilisée par les chercheurs (Fournier, 2006 ; Tremblay, 2002).

Par ailleurs, tant dans le domaine médical que dans le domaine de la psychiatrie ou de la psychologie, nous avons remarqué que le concept de la qualité de vie (*quality of life*)⁴⁷ est

⁴⁶ Et cela, sans compter les complications liées aux traitements psychosociaux.

⁴⁷ L'Organisation mondiale de la santé définit en 1994 la qualité de la vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ». Voir le site internet suivant : <http://apps.who.int/iris/simple-search?query=quality+of+life+definition> (Page consultée le 10 septembre 2016).

plus fréquemment utilisé que celui de fonctionnement social. En fait, le concept de fonctionnement social est peu exploité dans les recherches relatives au TSPT et TUS. Dans les paragraphes suivants, nous explorerons en quoi consiste la qualité de vie, mais aussi en quoi ce concept se rapproche (différences et similitudes) de celui du fonctionnement social.

La qualité de vie est, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁴⁸ est un concept plus large, de caractère holistique, qui désigne la sensation de bien-être général d'un individu selon son état de satisfaction perçu dans l'ensemble des domaines de vie. Dans cette perspective, il serait facile de situer le fonctionnement social comme l'une des facettes de la construction multidimensionnelle qui se rapporte à la qualité de vie (Fournier, 2006). Allons un peu plus loin dans l'analyse des termes en présence.

Dans la documentation consultée, le terme « qualité de vie » (*quality of life*) n'est pas le seul utilisé en lien avec le concept de fonctionnement social. De façon générale, nous avons noté l'utilisation des termes suivants, tous apparentés à la qualité de vie et au fonctionnement social : *functioning*, *social impairment*, *social functioning*, *psychosocial impairment* ou *psychosocial functioning*.

Malgré ces associations de termes, un constat émerge : très peu de recherches proposent des définitions des concepts utilisés, que ce soit du fonctionnement social, de la qualité de vie ou des autres termes apparentés.

S'il y a un flou des termes ou des vocables sur le plan scientifique, il y a, par contre, de nombreux indicateurs qui sont retenus pour mesurer le fonctionnement social ou pour les autres concepts évoqués plus haut⁴⁹. De plus, ces indicateurs peuvent varier de façon notable d'une recherche à l'autre et ils peuvent inclure des mesures de symptômes de trouble psychiatrique et de santé physique (Tremblay, 2002). Autrement dit, même s'il existe plusieurs questionnaires qui s'appliquent à évaluer la qualité de vie, le fonctionnement social ou

⁴⁸ Voir le site de l'OMS au site internet suivant : <http://apps.who.int/iris/simple-search?query=quality+of+life+definition> (Page consultée le 10 septembre 2016).

⁴⁹ Les termes trouvés dans les recherches ressemblant au fonctionnement social sont les suivants : *functioning*, *social impairment*, *social functioning*, *psychosocial impairment* ou *psychosocial functioning*.

d'autres concepts similaires, lesdits questionnaires n'englobent pas tous les mêmes indicateurs de mesure et la majorité des indicateurs de mesures ne relèvent pas nécessairement du fonctionnement social.

Puisque l'objet de ce mémoire porte sur le fonctionnement social vu à travers l'exercice des rôles sociaux suite aux traitements du TSPT-TUS, voire, que les recherches relèvent, pour la plupart, du domaine psychologique ou psychiatrique, nous avons cru pertinent d'inclure dans ce qui suit une revue des études (c.-à-d. questionnaires d'enquêtes) qui ont été réalisées sur la qualité de vie ainsi que les autres termes associés. Cela nous aidera à mieux circonscrire la problématique et l'utilité de notre démarche de recherche.

2.6. Méthode d'évaluation du fonctionnement social pour le TSPT et le TUS

Nous avons précédemment fait état de quelques observations découlant de notre recension des écrits qu'il importe ici de rappeler : il y a peu ou pas de définition stabilisée du concept de fonctionnement social. Nous avons aussi noté que ce concept a des accointances avec des termes similaires comme celui de la qualité de vie, mais aussi, qu'il existe plusieurs indicateurs qui se recoupent pour mesurer ces concepts. Nous avons enfin pris note d'une grande diversité de questionnaires utilisés pour l'évaluation soit du fonctionnement social ou de la qualité de vie pour le TSPT et le TUS.

Or, comme il n'y a aucun questionnaire ou méthode consensuel identifié dans la communauté scientifique pour évaluer le fonctionnement social (Tremblay, 2002) ou la qualité de vie (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012), cela rend plus complexe la comparaison et l'analyse des résultats des recherches concernant le TSPT et le TUS⁵⁰.

Pour pallier à cela, nous avons choisi de présenter ci-dessous les questionnaires les plus souvent évoqués dans les études consultées. Des questionnaires qui, du reste, permettront d'éclairer l'évaluation du fonctionnement social des individus-militaires vivant avec le TSPT et le TUS. Nous croyons ainsi qu'il est important de faire une brève présentation des

⁵⁰ Bien que nous ayons à le préciser plus loin, notre recherche visera à s'adresser à cette lacune.

questionnaires autorapportés⁵¹ afin d'illustrer la diversité des indicateurs de mesure et de leurs limitations. Ce travail permettra une meilleure compréhension des résultats de recherches sur les traitements du TPST-TUS et des effets sur le fonctionnement social.

2.6.1. Les questionnaires d'enquête

Tel qu'expliqué plus haut, il existe plusieurs questionnaires sur la qualité de vie qui demeurent à la disposition des chercheurs étudiant le TSPT et le TUS. Comme indiqué précédemment, ces questionnaires, malgré leur prétention, n'évaluent pas le fonctionnement social proprement dit, mais plutôt la qualité de vie ou des termes connexes. Mais parfois, dans l'étendue de la qualité de vie qui est à l'étude, des indicateurs peuvent s'apparenter à des facteurs liés au fonctionnement social.

Dans ce qui suit, nous présenterons une brève description de quelques-uns de ces questionnaires retenus sur le TSPT et le TUS. Ce travail de présentation nous permettra de rendre compte des fois où les contenus/les indicateurs d'évaluation peuvent ou non s'apparenter à l'évaluation du fonctionnement social.

Le Short Form Health Survey (SF-36)

Le *Short Form Health Survey* (SF-36)⁵² est l'une des échelles les plus communes pour l'évaluation de la qualité de vie des personnes avec un trouble anxieux (Fournier, 2006). Le SF-36 mesure principalement la fréquence et l'importance accordée par les répondants sur huit dimensions de qualité de vie. Les dimensions incluses dans le SF-36 sont :

1. la vitalité, qui est une mesure du niveau d'énergie et de fatigue ;
2. le fonctionnement social ;

⁵¹ Les questionnaires auto-rapportés utilisent les informations fournies par le répondant lui-même.

⁵² Voir l'article sur le site internet suivant : https://www.researchgate.net/publication/247503121_SF36_Health_Survey_Manual_and_Interpretation_Guide (Page consultée le 20 juillet 2017).

3. le rôle émotionnel, qui cible les difficultés au travail ou lors d'activités quotidiennes liées aux problèmes émotionnels ;
4. la santé mentale, dont l'anxiété et la dépression ;
5. le fonctionnement physique ;
6. le rôle physique, qui se définit par des difficultés au travail ou lors d'activités quotidiennes dues à des problèmes physiques ;
7. les douleurs corporelles et l'état de santé en général (Mendlowicz et Stein, 2000 dans Lunney et Schnurr, 2007).

Une critique importante du SF-36 est sa surreprésentation des questions liées à la sphère santé physique (état de santé général, douleur corporelle, vitalité, santé physique) comparativement aux autres dimensions plus psychosociales. Concernant plus spécifiquement la mesure relative au fonctionnement social, elle consiste en deux items, l'un concerne la fréquence de participation à des activités sociales et l'autre concerne l'impact du problème de santé sur cette participation (Ware, Snow, Kosinski et Gandek, 1993). Or, le peu d'items liés au fonctionnement social (2 éléments) ne constitue pas, à notre avis, une mesure exhaustive et spécifique des problèmes de fonctionnement social.

Selon une méta-analyse de Srivastava et collab. (2009), les questionnaires retrouvés comme outils de mesure de la qualité de vie dans le domaine d'études du TUS ; outre le SF-36, est sa version brève, le *Short Form Health Survey*-12 (SF-12)⁵³. Le *Short Form Health Survey*-12 (SF-12)⁵⁴ comprend 12 items sur les mêmes huit dimensions : la vitalité, le fonctionne-

⁵³ Nous rappelons aux lecteurs que nous avons déjà produit une description du questionnaire SF-36 à la section 2.6.1 intitulé « questionnaires pour le TSPT ».

⁵⁴ Lacson et collab. (2010). « A Comparison of SF-36 and SF-12 Composite Scores and Subsequent Hospitalization and Mortality Risks in Long-Term Dialysis Patients ». *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, N° 5, Vol. 2, p. 252-260. Voir le site internet suivant : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827595/> (Page consultée le 10 septembre 2017).

ment social, le rôle émotionnel, la santé mentale, le fonctionnement physique, le rôle physique, les douleurs corporelles et l'état de santé en général. L'intérêt principal de ce SF-12 est qu'il est très rapide à administrer. Bien que les études démontrent qu'il est une alternative aussi efficace et valide que sa version longue (SF-36), notons qu'un seul item est lié au fonctionnement social comparativement à deux pour le SF-36. Ce qui, encore une fois, ne peut être considéré comme une mesure suffisante de fonctionnement social.

Le Quality Of Life Inventory (QOLI)

Dans le cadre d'une importante étude longitudinale qui portait sur les interrelations existantes ou non entre les symptômes de TSPT et la qualité de vie des vétérans américains avec un TSPT, Schnurr et collab. (2006) ont, pour évaluer la satisfaction des participants sur leurs conditions d'existence, utilisé deux mesures de la qualité de vie, soit le SF-36 et le *Quality of Life Inventory* (QOLI). Le QOLI permet de déterminer rapidement le niveau de satisfaction et de la qualité de vie englobant 16 aspects de la vie courante. Il comporte 32 questions qui touchent, pour en nommer quelques-uns : le travail, les relations d'amitié, la santé, l'estime de soi, les buts et les valeurs, l'argent, les enfants, les loisirs, etc.

Outre que le QOLI cible essentiellement la satisfaction des conditions de vie dans plusieurs domaines, l'usage d'un indicateur unique de qualité de vie demeure très limité parmi les nombreux indicateurs que comprend le concept de la qualité de vie. Aussi, il n'y a que deux questions pour chacun des 16 aspects de la vie courante, ce qui demeure bien limité. Finalement, la satisfaction des conditions de vie n'est pas un indicateur généralement associé au fonctionnement social⁵⁵.

Le World Health Organisation Quality Of Life Bref (WHOQOL-BREF)

Ce questionnaire est une version abrégée du *World Health Organisation Quality of Life-100* (WHOQOL-100) développé pour la recherche médicale. Le WHOQOL-BREF comprend

⁵⁵ Voir un chapitre 3 pour une description des définitions du fonctionnement social.

vingt-quatre questions provenant de quatre domaines contenus dans la version intégrale WHOQOL-100. Les domaines évalués sont les suivants : la santé physique, la santé psychologique et spirituelle, les relations interpersonnelles et les ressources dans l'environnement.

Plus récemment, Guay et collab. (2015) ont validé la version française du *World Health Organisation Quality of Life Bref* (WHOQOL-BREF) auprès de 131 vétérans canadiens francophones souffrant de TSPT. Les résultats de la recherche de Guay et collab. (2015), démontre que le WHOQOL-BREF est un outil de mesure pertinent de qualité de vie, valide et fiable pour les vétérans francophones atteints de TSPT et qui consultent dans des services de santé mentale.

Par ailleurs, pour l'étude du domaine des *addictions*, Laudet (2011) suggère plus spécifiquement l'usage du *World Organisation Quality of Life-Bref* (WOQOL-BREF)⁵⁶, car il contient des indicateurs liés aux conditions de vie et à la satisfaction sur le plan de la santé physique, psychologique et sociale qui sont durement touchés par le TUS. Or, lorsqu'une mesure de qualité de vie est utilisée dans une recherche sur le TUS, le WOQOL-BREF serait le questionnaire (sur la qualité de vie) le plus fréquemment choisi (Srivastava et collab., 2009) par les chercheurs.

Nous observons enfin que l'indicateur de qualité de vie retenu dans le WOQOL-BREF, tel que celui des relations interpersonnelles qui inclut la satisfaction du soutien social, peut se rapprocher du fonctionnement social. Toutefois, le WOQOL-BREF demeure un outil de mesure de qualité de vie avec un indicateur très partiel et peu explicite associé au fonctionnement social.

Le Social Adjustment Scale (SAS)

⁵⁶ Voir une description du WOQOL-BREF de ce questionnaire à la section 2.5 du présent chapitre.

Le *Social Adjustment Scale* (SAS)⁵⁷ mesure l'adaptation sociale (*social adjustment*) en 42 questions portant sur la capacité d'exécution, de réponse aux attentes et la présence de conflit concernant les six rôles sociaux suivant : 1. de travail rémunéré ou autre occupation ; 2. de participation à des activités sociales ; 3. des relations avec la famille ; 4. du rôle de conjoint ; 5. du rôle de parent et 6. des relations à l'intérieur de la famille. De plus, ce questionnaire inclut les perceptions et le degré de satisfaction du répondant.

Comparativement aux autres questionnaires de qualité de vie, le SAS, axé sur l'adaptation sociale, permet de mesurer les capacités d'exécution de différents rôles sociaux. Ce qui constitue un indicateur significatif de fonctionnement social (Tremblay, 2002). Toutefois, peu de recherches recensées sur le TSPT ou sur le TUS ont fait usage du SAS (Monson et collab., 2012 ; Wachen et collab., 2014 et Najavits, et collab., 1998). On peut dire de même pour le TSPT et le TUS en concomitance.

En somme, le manque de consensus dans la définition des concepts de fonctionnement social et de qualité de vie explique la variabilité observée dans les indicateurs de mesure utilisés. Cette variabilité a favorisé le développement de plusieurs questionnaires d'évaluation. Ces questionnaires relatifs à la qualité de vie et à l'adaptation sociale présentent des limitations concernant l'évaluation du fonctionnement social pour ceux avec un TSPT-TUS. De plus, certains questionnaires incluent souvent plusieurs indicateurs de symptômes reliés à la santé physique ou psychologique alors que ces indicateurs sont différents du concept de fonctionnement social (Tremblay, 2002).

2.6.2. Limites méthodologiques des questionnaires d'enquête

Bien que l'usage de questionnaires autorapportés soit la méthode privilégiée parmi les recherches recensées, certains auteurs (Frueh, 2001 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012) ont

⁵⁷ Voir l'article concernant le *Social Adjustment Scale* (SAS). Voir le site internet suivant : https://www.researchgate.net/publication/22191458_Assessment_of_Social_Adjustment_by_Patient_Self-Report (Page consultée le 2 septembre 2017).

fait état des limites de cette méthode. Leurs critiques portent essentiellement sur l'idée que l'évaluation du fonctionnement social et de la qualité de vie ne peut se limiter à l'usage de questionnaires autorapportés. En fait, les informations recueillies par les questionnaires demeurent très limitées par leur manque d'exploration en profondeur des différents domaines de qualité de vie ou de fonctionnement social.

Il est vrai que les questionnaires sont utiles pour obtenir rapidement un aperçu du fonctionnement social ou de la qualité de vie chez un plus grand échantillon de participants. Par contre, ils ne permettent pas une compréhension approfondie de l'expérience de chacun. Frueh (2001) et Rodriguez, Holowka et Marx (2012) suggèrent alors qu'il faut s'ouvrir à d'autres méthodes d'évaluation. Ils recommandent, entre autres, d'intégrer des entrevues structurées pour explorer de manière approfondie et personnalisée l'expérience des participants. Ces entrevues engloberaient plusieurs dimensions du fonctionnement social. À titre d'exemple, ces dimensions pourraient contenir des questions ouvertes permettant l'exploration des relations conjugales, des relations sociales, des relations familiales, de la performance au travail, de la capacité de soins autoadministrés, du soutien social et de la satisfaction personnelle.

En résumé, voilà ce que nous pouvons dire des questionnaires les plus souvent utilisés pour évaluer la qualité de vie qui ont été identifiés dans les recherches consultées pour le TSPT et le TUS. Nous avons pu constater que ces questionnaires se distinguent autant sur les domaines évalués, sur le nombre d'items utilisés que sur la conceptualisation du fonctionnement social, de la qualité de vie ou de l'adaptation sociale.

SYNTHÈSE

Jusqu'ici, nous nous sommes appliqués à faire état :

- de la prévalence du TSPT-TUS pris isolément ou ensemble sur la population générale et militaire ;
- de l'impact significatif TSPT-TUS pris isolément ou ensemble sur le fonctionnement social et plus particulièrement sur les relations conjugales, sociales, parentales

et de travail, mais aussi sur la santé mentale, sur le niveau socio-économique et les traitements accessibles ou envisagés ;

- du défi lié à l'étude du fonctionnement social alors que cette notion reste bien souvent floue sur le plan théorique ;
- des questionnaires d'enquête qui utilisent des indicateurs de mesure variables, car il n'existe pas de consensus sur les concepts comme la qualité de vie et le fonctionnement social ;
- de besoin d'élargir à d'autres méthodologies d'évaluation de la qualité de vie et de fonctionnement social tel que des entrevues structurées devant les limitations des questionnaires d'enquêtes.

Jusqu'à présent, ces précisions et explications découlant de la recension des écrits nous ont permis de dresser un état des lieux, de saisir toute la complexité entourant le phénomène des TSPT-TUS en général et en particulier chez les militaires qui sont appelés au quotidien à accomplir des tâches variées, complexes. À ce titre, nous pouvons, à ce moment-ci de notre argumentaire, envisager que le fait de vivre avec le TSPT-TUS peut avoir des conséquences nombreuses sur le fonctionnement social des militaires, que ce soit dans l'exercice de leurs rôles sociaux que dans l'exercice de leurs fonctions citoyennes ou de métier.

Attendu que le trouble concomitant de TSPT-TUS entraîne des conséquences importantes sur le fonctionnement social, attardons-nous maintenant, dans la section suivante, aux traitements spécifiques habituellement envisagés pour cette problématique complexe. Après cet exposé, nous présenterons comment les traitements en question ont ou peuvent avoir un impact dans l'amélioration du fonctionnement social.

2.7. Les traitements du TSPT-TUS et le fonctionnement social

Hormis le fait que la notion de fonctionnement social n'a (toujours) pas de définition stabilisée sur le plan scientifique, plusieurs auteurs soulignent néanmoins l'importance qu'il faille accorder au fonctionnement social dans le traitement en santé mentale (Tremblay, 2002 ; Fournier, 2006 ; Zanello et collab., 2006).

À ce titre, Fournier (2006) fait état du débat entourant l'interdépendance entre les symptômes d'une psychopathologie et le fonctionnement social des personnes souffrant d'un trouble panique. Ainsi, certaines personnes peuvent fonctionner relativement bien même si elles sont toujours symptomatiques alors que d'autres, avec des symptômes négligeables, peuvent vivre des difficultés notables sur le plan du fonctionnement social.

Fournier (2006) avance même que le fonctionnement social peut servir d'élément pronostic efficace relativement à l'évolution de certains troubles mentaux graves. Par exemple, elle est d'avis qu'une faible compétence sociale est liée à la chronicité de troubles mentaux graves comme, par exemple, pour la schizophrénie. À ce titre, Zanello et collab. (2006) abondent dans le même sens et observent que :

Certains patients conservent, du moins dans certains domaines et malgré l'intensité de leurs symptômes psychiatriques, une bonne intégration sociale ; d'autres, en revanche, bien que moins sévèrement symptomatique, éprouvent des difficultés sociales plus massives. La récupération sur le plan social évolue parfois moins rapidement que la symptomatologie (p. 47).

Ainsi, selon Zanello et collab. (2006), la réduction des symptômes psychiatriques ne s'accompagne pas nécessairement d'une amélioration du fonctionnement social. En fait, l'intensité des symptômes psychiatriques et le fonctionnement social peuvent varier de façon indépendante.

À cet effet, dans les paragraphes suivants, nous décrirons initialement en quoi consistent les traitements intégrés du TSPT-TUS. Ensuite, nous ferons état de recherches sur ces traitements du TSPT-TUS qui s'intéressent au fonctionnement social. Si les affirmations de Fournier (2006) et de Zanello et collab. (2006) évoquées plus haut s'avèrent justes, il sera possible d'envisager sur le plan théorique ou clinique qu'une réduction des symptômes de TSPT et du TUS suite aux traitements ne soit pas nécessairement associée à l'amélioration du fonctionnement social.

2.7.1. Les traitements intégrés pour le TSPT-TUS

Il existe un consensus sur l'adoption d'un modèle intégré d'interventions et de traitement pour le trouble concomitant de TSPT-TUS ; c'est-à-dire que le modèle d'intervention doit cibler en même temps les symptômes des deux problématiques (Simoneau et Guay, 2008 ; Chauvet, 2015). Une modalité dite intégrée du traitement permettrait ainsi d'éviter le phénomène de la porte tournante entre les services psychiatriques et les services en dépendance, en plus de réduire l'abandon précoce des traitements (Simoneau et Guay, 2008 ; Hinkley, 2012). L'avantage d'un traitement intégré est qu'il permet de mieux cerner les fonctions de la substance dans la problématique de TSPT (McBride, 2007 ; McCauley et collab., 2012).

Les traitements intégrés pour le TSPT-TUS peuvent inclure un ensemble d'interventions d'exposition aux souvenirs traumatiques en plus d'interventions spécifiques pour le traitement du TUS. Parmi les thérapies centrées sur l'exposition les plus soutenues empiriquement, on retrouve les thérapies cognitives et comportementales axées sur le traumatisme, dont l'exposition prolongée (*Prolonged Exposure therapy* ou PE), l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ou EMDR) ainsi que le traitement de l'information cognitive (*Cognitive Processing Therapy* ou CPT) (Roberts, Roberts et Bisson, 2015 ; McCauley et collab., 2012 ; McBride, 2007 ; Hinkly, 2012).

En plus du processus d'exposition, les traitements peuvent inclure des interventions supplémentaires telles que des techniques de gestion de l'anxiété, la relaxation, l'entraînement aux stratégies d'adaptation, l'entraînement au contrôle de la respiration, l'arrêt des pensées, la restructuration cognitive et le recodage d'informations par imagerie mentale. Des interventions de soutien peuvent aussi être offertes de façon complémentaire. Un exemple correspondant à ce type de traitement est le *concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure* (COPE), qui consiste en un traitement cognitif comportemental du TUS combiné à de l'exposition prolongée (Roberts, Roberts et Bisson, 2015).

D'autres traitements comportent uniquement des interventions axées sur l'acquisition de stratégies d'adaptation et de gestion des symptômes de TSPT et de TUS au quotidien. Ces traitements n'offrent aucune intervention d'exposition aux souvenirs traumatiques (Najavits, 2013) et demeurent centrés sur l'apprentissage de techniques de gestion de l'anxiété, de la restructuration cognitive et de la thérapie de soutien. Un exemple de ce type de traitement est le *Seeking Safety*. Le traitement *Seeking Safety* consiste en une thérapie cognitive comportementale comprenant 25 thèmes et qui a pour but l'apprentissage de stratégies d'adaptations aux difficultés liées aux TSPT et aux TUS, mais sans exploration des traumatismes ou d'interventions d'exposition (Daoust et collab., 2013). Jusqu'à présent, *Seeking Safety* demeure le traitement le plus connu et étudié (Allen, Crawford et Kudler, 2016 ; Roberts, Roberts, Jones et Bisson, 2016).

Bien qu'il existe un consensus empirique favorisant les traitements intégrés du TSPT-TUS pour l'ensemble des populations étudiées (Simoneau et Guay, 2008 ; Hinkley, 2012 ; Najavits et Hien, 2013) et que certaines méta-analyses comparent l'efficacité des traitements intégrés disponibles pour le TSPT-TUS (Van Dam, 2012 ; McCauley et collab., 2012 ; Najavits et Hien, 2013 ; Roberts et collab., 2016)⁵⁸, nous pouvons affirmer qu'aucune d'entre elles ne fait référence à l'efficacité d'un traitement intégré de TSPT-TUS pour améliorer le fonctionnement social.

Au-delà de ce que nous avons pu relever jusqu'ici relativement aux questionnaires d'enquêtes sur la qualité de vie⁵⁹, nous fûmes étonnés de constater : 1. qu'aucune des recherches trouvées n'eût précisément (et uniquement) comme objectif d'étudier l'amélioration du fonctionnement social pour le TSPT-TUS ; 2. qu'aucune des recherches ne visait précisément à identifier les traitements plus efficaces pour améliorer ledit fonctionnement social chez les militaires avec un TSPT-TUS.

⁵⁸ Le nombre de recherches inclut dans l'analyse de Van Dam (2012) est de 17, de 20 études pour celle McCauley et collab., (2012) et de 14 dans Roberts et collab., (2016).

⁵⁹ Où certaines caractéristiques du fonctionnement social étaient évaluées.

Dans le lot des recherches inventoriées dans le cadre de notre recension des écrits — et nous l'avons brièvement noté plus haut, — une seule méta-analyse, celle de Najavits et Hien (2013), contient des indicateurs partiels de qualité de vie qui portent sur les traitements reçus chez les individus avec un TSPT-TUS. Ces chercheurs ont ainsi comparé 35 études portant sur les traitements intégrés du TSPT-TUS. Leur analyse comprend un tableau avec une brève description de chacune des 35 études et de leurs résultats respectifs obtenus pour les symptômes du TSPT et du TUS avant et après le traitement. Sur ces 35 recherches contenues dans Najavits et Hien (2013), nous avons relevés que seules neuf d'entre elles incluaient des questionnaires en lien avec des mesures partielles de la qualité de vie (ou autres thèmes connexes au fonctionnement social) et ne traitent pas à l'ensemble des rôles sociaux. Sur les neuf recherches issues de la méta-analyse de Najavits et Hien (2013), seule celle de Najavits et collab. (1998) s'approchent le plus de notre objet de recherche concernant les effets des traitements du TSPT-TUS sur le fonctionnement social et les rôles sociaux par son usage du *Social Adjustment Scale* (SAS)⁶⁰.

Si le SAS demeure un questionnaire centré sur l'adaptation sociale, cet outil mesure d'une certaine façon la capacité du participant à répondre à un ensemble de rôles sociaux. Or — et nous aurons à le clarifier plus loin, — puisque la capacité d'exécuter un rôle social fait partie intégrante du fonctionnement social⁶¹, le SAS demeure le questionnaire qui s'apparente le plus à notre sujet de recherche. Ainsi, même si le SAS demeure centré sur l'adaptation sociale, que l'exposé qu'il fait des rôles sociaux ne couvre pas tous ceux que nous avons couverts plus haut et qu'il n'étudie pas comme nous l'entendons l'impact des traitements pour le trouble concomitant (TSPT-TUS) sur le fonctionnement social des militaires canadiens, nous pouvons en tirer des leçons intéressantes. Pour le constater, attardons-nous, dans ce qui suit, aux résultats de Najavits et collab. (1998) citée dans Najavits et Hien (2013).

⁶⁰ Voir la description du *Social Adjustment Scale* (SAS) à la section 2.6.1 du présent chapitre.

⁶¹ Pour une définition du concept de fonctionnement social et des rôles sociaux, voir le chapitre 3, section 3.2.

Rappelons que l'étude de Najavits et collab. (1998) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un nouveau traitement manualisé de 24 sessions, le programme *Seeking Safety*⁶² pour un groupe de 28 femmes avec un trouble concomitant de TSPT-TUS. Des outils d'évaluations du TSPT et du TUS ont été pris avant le début de la participation au groupe, à la fin du groupe et trois mois après la fin du groupe. Les résultats rapportés au SAS concernant les effets de *Seeking Safety* indiquèrent une amélioration significative du score global (score SAS total de 2,70 à 2,33, $p \leq 0,01$) et sur le rôle de la famille élargie (score de 3,03 à 2,21, $p \leq 0,01$) à la fin du traitement de groupe.

Alors que le traitement semble avoir un effet positif sur l'adaptation sociale globale ainsi que sur le rôle de la famille élargie, des limitations importantes concernant les résultats ont été relevées. Par exemple, Najavits et collab. (1998) n'offrent aucune explication ou analyse des résultats obtenus pour les autres rôles sociaux du SAS. À notre avis, ceci s'avère une limitation importante dans l'analyse des résultats et du potentiel d'efficacité de ce traitement sur l'adaptation sociale et dans la capacité des participantes à accomplir leurs rôles sociaux. En outre, Najavits et collab. (1998) omettent d'utiliser le SAS lors de l'évaluation de suivi, soit 3 mois après la fin du traitement, alors que des mesures pour le TUS et le TSPT y sont incluses. Ceci est sans compter le peu de participantes ayant complété le programme de traitement⁶³ : un total de 17 sur les 28 participantes au début de l'étude. Ce sont là des limitations non négligeables qui peuvent, au final, empêcher d'apprécier l'efficacité et l'impact des résultats primaires entourant le traitement *Seeking Safety* sur le fonctionnement social. Bref, bien que les résultats initiaux semblent intéressants à première vue, il semble difficile de se prononcer à savoir si les gains liés à la participation au traitement représentent des changements temporaires ou s'ils se maintiennent dans le temps.

⁶² Voir une brève description du traitement *Seeking Safety* à la section 2.7.1 du présent chapitre.

⁶³ Avec un échantillonnage aussi petit et homogène, on doit demeurer prudent quant à la généralisation des résultats à d'autres populations.

Quoi qu'il en soit, même si nous élargissons notre analyse à l'ensemble des recherches consultées dans le cadre de la recension des écrits, un fait ressort en force : les études comparatives actuellement disponibles sur le traitement intégré du TSPT-TUS ne nous permettent pas d'affirmer de façon décisive si ces traitements améliorent le fonctionnement social. De même, nous avons relevé que bien que la revue de littérature de Najavits et Hien (2013) fait référence à des résultats importants, il s'agit encore là d'enquêtes concernant la qualité de vie et/ou l'adaptation sociale à la suite de traitements pour le TSPT-TUS.

Or, devant le peu de recherches disponibles sur l'efficacité du traitement du TSPT-TUS en ce qui concerne l'amélioration du fonctionnement social et des rôles sociaux, nous avons choisi d'élargir notre exploration du sujet en considérant, cette fois, des recherches sur les deux problématiques de façon isolée : soit sur le TSPT seul et le TUS seul.

2.7.2. Le traitement du TSPT et les concepts associés au fonctionnement social

Dans cette section, nous avons inclus que des études portant sur le traitement du TSPT et de ces effets sur les concepts associés au fonctionnement social. Et cela, afin d'obtenir le plus d'informations pouvant contribuer à la compréhension de notre objet de recherche. Dans les paragraphes suivants, nous détaillerons les recherches trouvées qui comprennent dans leurs résultats des mesures de fonctionnement psychosocial (Wachen et collab., 2014), de la qualité de vie (Schnurr et collab., 2006 ; Holliday et collab., 2015) et d'adaptation sociale (Monson et collab., 2012) suite au traitement du TSPT⁶⁴. Les trois dernières ont été effectuées auprès de la population militaire ou de vétérans.

L'étude de Wachen et collab. (2014) est l'une de celles qui portent sur le traitement du TSPT (lié à une agression sexuelle) et considère le fonctionnement psychosocial (*psychosocial functioning* dans le texte) comme mesure d'efficacité du traitement chez 154 femmes⁶⁵. En

⁶⁴ Il est important de souligner que les études décrites ci-dessous sur le TSPT excluent tout participant présentant un diagnostic de TUS.

⁶⁵ Les femmes avec un TUS ont été exclues de l'étude.

utilisant le questionnaire SAS-SR⁶⁶, l'objectif de cette recherche fut de comparer l'efficacité de deux modalités de traitement⁶⁷ par exposition et leurs impacts à la fois sur les symptômes du TSPT que sur certains domaines du fonctionnement psychosocial. Les chercheuses, pour vérifier la persistance de l'effet du traitement, évaluèrent les symptômes de TSPT et du fonctionnement psychosocial à divers moments, soit à la fin du traitement par exposition, après neuf mois et après plusieurs années (entre cinq et dix ans).

Les résultats démontrent la présence d'une amélioration du fonctionnement psychosocial global à la fin du traitement ainsi qu'après neuf mois. Cette amélioration du fonctionnement psychosocial s'était maintenue après plusieurs années pour les deux types de traitement étudiés. Par contre, les participantes avec un faible statut économique initial maintenaient un fonctionnement psychosocial global plus faible à long terme. De plus, celles avec un fonctionnement psychosocial plus faible après le traitement présentaient des symptômes dépressifs plus élevés après neuf mois.

En fait, la présence de symptômes dépressifs importants après neuf mois était fortement associée au maintien d'un faible fonctionnement psychosocial après plusieurs années. Wachen et collab. (2014) indiquent que l'amélioration des symptômes dépressifs par le traitement du TSPT serait plus fortement reliée à l'amélioration du fonctionnement psychosocial après le traitement. Toutefois, les auteurs n'ont pu établir de corrélations claires entre le niveau de fonctionnement psychosocial global et les symptômes du TSPT après neuf mois et à long terme. Malgré leurs résultats inattendus, Wachen et collab. (2014) expliquent que des études antérieures avaient déjà faites l'observation que des changements dans la symptomatologie du TSPT n'étaient pas toujours liés à des gains sur le plan du fonctionnement psychosocial global et que cette relation demeure incomprise. Finalement, alors qu'elles

⁶⁶ Le *Social Adaptation Scale-Self-Report* (SAS-SR) est une version abrégée du SAS. Le SAS-SR est complété directement par le participant alors que l'utilisation du SAS exige une formation pour le compléter et l'interpréter.

⁶⁷ Il s'agit dans cette recherche du *Cognitive Processing Therapy* et du *Prolonged Exposure Therapy*, deux traitements psychologiques par exposition reconnus efficaces pour diminuer les symptômes de TSPT.

concluent que les traitements d'exposition aux souvenirs traumatiques démontrent une efficacité similaire pour l'amélioration du fonctionnement psychosocial global, il s'avère qu'un faible statut économique et la présence de symptômes dépressifs pourraient se montrer davantage liés à un faible fonctionnement psychosocial que les symptômes du TSPT après le traitement ainsi qu'à plus long terme.

Schnurr et collab. (2006) ont, pour leur part, exploré l'hypothèse que l'amélioration des symptômes du TSPT à la suite d'une thérapie de groupe pourrait présenter des effets bénéfiques sur la qualité de vie chez 325 vétérans américains⁶⁸ ayant participé à la guerre du Vietnam. Les vétérans participèrent à 30 rencontres de thérapie de groupe pour réduire les symptômes du TSPT et ensuite cinq rencontres mensuelles pour assurer le maintien des acquis sur une période d'une année. Les participants étaient assignés, soit à un groupe de traitement centré sur le présent, ou à un traitement avec exposition aux souvenirs traumatiques. Pour mesurer la qualité de vie, les chercheurs ont opté pour le *Quality of Life Inventory* (QOLI)⁶⁹ et le *Short-Form Health Survey* (SF-36).

Par cette recherche, Schnurr et collab. (2006) souhaitaient également évaluer si les effets du traitement sur la qualité de vie s'avéraient immédiats, à la fin des rencontres de groupe, ou différés, après 12 mois.

Les résultats démontrent la présence d'une corrélation notable entre l'amélioration des symptômes de TSPT et l'amélioration de la qualité de vie. Et ce, jusqu'à 7 mois après le traitement. Cependant, la réduction des symptômes de TSPT observé de 0 à 7 mois n'est pas associée à une amélioration supplémentaire de la qualité de vie pour la période se situant de 7 à 12 mois après la fin du traitement. Autrement dit, le traitement n'a pas eu un effet décalé ou retardé sur l'amélioration de la qualité de vie. De plus, les participants avec des symptômes de TSPT sévères ont démontré une amélioration plus importante de la qualité

⁶⁸ Les vétérans américains avec un TUS considérés sur le plan diagnostique de modérés à sévères étaient exclus de cette étude.

⁶⁹ Voir la section 2.6.1 du présent chapitre pour une description du *Quality of Life Inventory* (QOLI) et du *Short-Form Health Survey* (SF-36).

de vie que ceux avec des symptômes moindres. Ainsi, et bien que la réduction des symptômes de TSPT soit associée à une amélioration de la qualité de vie en début de traitement, les chercheurs se font prudents sur la façon d'interpréter l'absence d'un effet différé du traitement sur la qualité de vie. En fait, Schnurr et collab. (2006) rappellent que le but de leur étude était d'établir une corrélation entre les changements des symptômes du TSPT et les changements sur la qualité de vie, et non de mesurer le niveau de qualité de vie atteinte.

D'ailleurs, Schnurr et collab. (2006) ont soumis l'hypothèse que la relation entre les symptômes de TPST et de la qualité de vie est bidirectionnelle. C'est pourquoi les auteurs recommandent de mieux étudier les interactions entre les symptômes du TSPT et les indicateurs de la qualité de vie⁷⁰, pour leur apport manifeste à la planification du traitement.

De son côté, la recherche de Monson et collab. (2012) a pour objectif de comparer l'amélioration des domaines d'adaptation sociale⁷¹ en fonction des symptômes de TSPT suite à un traitement⁷². Comme pour la recherche de Schnurr et collab. (2006), Monson et collab. (2012) s'intéressent aux interrelations entre l'amélioration de certains symptômes du TSPT (par exemple, l'émoussement émotionnel) et de leurs impacts sur l'adaptation sociale (telle que sur le plan des relations interpersonnelles). Les auteurs proposent l'hypothèse que l'ensemble des sphères de l'adaptation sociale devrait s'améliorer en fonction d'une diminution des symptômes de TSPT. Les soixante participants de cette recherche, hommes et femmes, sont divisés en deux groupes : 1. un groupe d'individus sur une liste d'attente ; 2. un deuxième groupe qui a reçu un traitement de sur une période de 10 semaines. Le questionnaire *Social Adjustment Scale* (SAS), pour mesurer l'adaptation sociale, a été administré avant la participation au traitement ainsi que six semaines après la fin du traitement.

Les résultats sont ainsi comparés avec le groupe sur la liste d'attente. Les résultats au SAS

⁷⁰ Rappelons ici que les trois indicateurs relatifs à la qualité de vie mesurés par le QOLI sont la satisfaction des conditions d'existence et pour le SF-36, le rôle affectif (*role-emotional scale*) et le *social functioning* défini par la fréquence des activités sociales et l'impact de la maladie sur cette participation.

⁷¹ *Social adjustment* est le terme utilisé dans le texte en question.

⁷² Nous rappelons que pour cette recherche, les critères d'exclusions incluaient les individus aux prises avec un TUS.

indiquent que ce ne sont pas toutes les sphères de l'adaptation sociale qui s'améliorent en réponse à un traitement, et ce, malgré une diminution des symptômes de TSPT. En fait, l'étude de Monson et collab. (2012) montre des améliorations notables suite au traitement que sur trois des huit dimensions suivantes du SAS : sur le score global (M= 2,48 à 2,24), sur les tâches domestiques (M= 2,38 à 2,03) et la famille élargie (M= 2,14 à 1,96).

L'une des hypothèses avancées pour expliquer ces résultats est que le traitement du TSPT pourrait avoir un effet indirect sur les domaines de l'adaptation sociale, mais que cette relation n'est pas encore bien comprise. Par ailleurs, Monson et collab. (2012) expliquent que le traitement par exposition aux traumatismes antérieurs fait en modalité individuelle pour cette étude, quoique plus efficace pour traiter le TSPT, n'inclut pas d'éléments d'apprentissage d'habiletés interpersonnelles (ce qui pourrait influencer les résultats du SAS pour les relations interpersonnelles). Ainsi, le traitement du TPST peut avoir une efficacité limitée sur les sphères interpersonnelles, car les années de conflits et de distanciation émotionnelle et physique, combinées à des interactions négatives, ne peuvent s'améliorer rapidement. Le rétablissement des sphères interpersonnelles peut prendre plusieurs mois après le traitement avant d'observer un changement. Dès lors, il est possible que des interventions ciblées, telles que l'apprentissage d'habiletés personnelles, soient nécessaires pour obtenir un changement dans les sphères interpersonnelles (Monson et collab., 2012).

Pour leur part, Holliday et collab. (2015) se sont intéressés aux effets de deux modalités de traitements du TSPT, le cognitive *processing therapy* (CPT) et le *present-centered therapy* (PCT), sur la qualité de vie et le fonctionnement psychosocial (*psychosocial functioning*). Les 45 participant(e)s militaires, hommes et femmes, ont tous été traités pour une agression sexuelle subie lors de leur service militaire. Ceux avec une problématique de consommation au cours des derniers 3 mois ont été exclus de l'étude en question. Le QOLI et le SF-36⁷³ ont été utilisés comme outils de mesure de la qualité de vie et de fonctionnement psychosocial après 12 semaines, correspondant à la durée du traitement, ainsi qu'après six mois

⁷³ Voir la section 2.6.1 du présent chapitre pour une description du QOLI et du SF-36.

après la fin du traitement. Les résultats démontrent que, bien que les deux approches aient eu un effet positif sur la qualité de vie et le fonctionnement psychosocial, le CPT semble avoir été plus efficace à la fin des 12 semaines. Par contre, les gains mesurés en fin de thérapie, tant pour le CPT que le PCT, ne se sont pas avérés significatifs après 6 mois. En plus, le CPT ne s'est pas montré supérieur au PCT après cette période. Notons que ces résultats demeurent peu généralisables à une population masculine, car presque la totalité de l'échantillon de cette recherche était des femmes.

Holliday et collab. (2015) conclurent ainsi que les traitements actuels pour le TSPT ne semblent pas suffisants pour restaurer ou améliorer la qualité de vie et le fonctionnement psychosocial de cette clientèle. Ils proposent que les recherches futures étudient comment les différents traitements du TSPT peuvent réussir à améliorer l'ensemble des domaines de la qualité de vie et du fonctionnement psychosocial.

L'ensemble des recommandations émises par Schnurr et collab. (2006) ; Monson et collab. (2012) et Holliday et collab. (2015) évoque en tout point celles produites par le *Veteran Affairs* (VA) américain concernant le *functional impairment* des militaires avec un TSPT (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012). En effet, et en réponse aux difficultés vécues par les vétérans reliés aux opérations de l'OEF/OIF, Rodriguez, Holowka et Marx (2012) ont effectué, pour le compte du *Veteran Affairs* (VA) américain, une importante recension des écrits concernant l'impact du TSPT militaire sur les limitations fonctionnelles (*functional impairment*) et la qualité de vie⁷⁴. Dans ce rapport, Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 comparent les différentes méthodes d'évaluation des limitations fonctionnelles et de la qualité de vie. Ils offrent également des recommandations à propos des meilleures pratiques cliniques à adopter pour le traitement du TSPT chez les militaires américains.

⁷⁴ Les auteurs utilisent dans le texte les termes *functional impairment* et *quality of life*. Bien que le terme *functional impairment* n'est pas explicité, les auteurs abordent les difficultés reliées au fonctionnement dans la vie quotidienne au travail, dans la relation conjugale, familiale et parentale, dans les activités sociales et les amitiés. Ainsi, cette notion de *functional impairment* se rapproche de celle du fonctionnement social sous l'angle de l'exercice des rôles sociaux.

Parmi ces recommandations, le VA américain invite les cliniciens et les chercheurs à effectuer des évaluations des limitations fonctionnelles pour tous les militaires à divers moments de la démarche de traitement. Rodriguez, Holowka et Marx (2012) indique que cette évaluation doit être la plus complète possible, c'est-à-dire, qu'elle doit inclure plusieurs dimensions. De plus, ces évaluations devraient comprendre plusieurs sources d'informations et de méthodes d'évaluation.

Toujours selon Rodriguez, Holowka et Marx (2012), l'usage d'indicateurs de changements en termes de limitations fonctionnelles et de qualité de vie, peuvent être des plus utiles pour déterminer l'impact du traitement et en permettre son ajustement sur le plan de l'intensité (comme sa fréquence et sa durée), de la modalité (ex. individuel, de couple, de famille, de petit groupe), et cela, afin de répondre à la réalité de la vie quotidienne du militaire.

Ces recommandations viennent donc appuyer non seulement l'importance qu'il faille accorder à l'évaluation des limitations fonctionnelles⁷⁵ (*functional impairment*), mais aussi à l'utilisation des indicateurs de fonctionnement social comme mesure d'efficacité d'un traitement pour le TSPT.

Alors que Rodriguez, Holowka et Marx (2012) font la démonstration de l'importance du *functional impairment* et de la qualité de vie lors du traitement du TSPT chez les militaires, ils ne précisent toutefois aucune recommandation concernant les militaires avec un TUS concomitant. Cette observation est surprenante considérant : 1. qu'entre 5 % à 25 % des militaires américains atteints d'un TSPT ont aussi un TUS concomitant (Paré, 2013 ; Roberts, Roberts et Bisson, 2015 ; Hinkly, 2012) ; 2. que les militaires manifestent plus de problèmes de fonctionnement psychosocial ou de limitations fonctionnelles (*functional impairment*), qu'ils ont une plus faible qualité de vie et qu'ils retirent moins de bienfaits des traitements (Debell et collab., 2014 ; Ouimette, Finney et Moos, 1999 ; Simoneau et Guay, 2008 ; McBride, 2007 ; McCauley et collab., 2012 ; Chauvet, 2015, Hinkly, 2012).

⁷⁵ Que nous pouvons rapprocher du fonctionnement social pour le TSPT.

De plus, plusieurs chercheurs (Debell et collab., 2014 ; Ouimette, Finney et Moos, 1999 ; Simoneau et Guay, 2008 ; McBride, 2007 ; McCauley et collab., 2012 ; Chauvet, 2015, Hinkly, 2012 ; Roberts et collab., 2015) soutiennent que les effets bénéfiques des traitements d'exposition aux traumatismes pour le TSPT sont minimaux pour les cas complexes⁷⁶ de TSPT-TUS comparativement aux individus sans ce trouble concomitant. Aussi, le taux d'abandon avant la fin du traitement est élevé pour ceux avec un TSPT-TUS, plus particulièrement chez les participants des traitements avec exposition aux traumatismes.

En conclusion, on peut affirmer que l'on connaît peu les traitements chez les hommes militaires qui favorisent l'amélioration du fonctionnement social, particulièrement sur l'exercice des rôles sociaux, puisque les études actuelles n'ont pas précisément cet objectif pour les individus avec un TSPT et excluent ceux avec un trouble de TUS concomitant. Les changements (ou non-changement) dans le fonctionnement social à la suite du traitement du TSPT nous semblent donc un résultat indirect, ou, pour ainsi dire « par ricochet ». C'est pourquoi Monson et collab. (2012) suggèrent d'identifier les modalités thérapeutiques spécifiques à l'adaptation sociale chez les individus avec un TSPT. Ces modalités thérapeutiques pourraient ainsi être incorporées aux traitements actuels.

2.7.3. Le traitement du TUS et la qualité de vie

Nous avons également effectué un survol des écrits à propos de l'effet des traitements du TUS sur la qualité de vie.

Selon Laudet (2011), on conçoit le rétablissement d'un individu suite à un traitement pour un TUS non seulement par l'abstinence de consommation d'une substance, mais aussi par l'amélioration globale de la qualité de vie. Suivant cette notion du rétablissement, on com-

⁷⁶ On fait ici référence à des cas complexes de TSPT et/ou lorsque le TSPT est le résultat d'exposition répétée et prolongée à des expériences traumatisantes. Ces multiples expériences de traumatismes entraînent des perturbations émotionnelles et comportementales graves. Voir le site internet suivant : <https://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd-overview/complex-ptsd.asp> (Page consultée le 2 septembre 2017).

prend que l'arrêt d'utilisation de substances ne soit pas un indicateur suffisant pour considérer l'efficacité d'un traitement.

À ce titre, Laudet (2011) fait état de recherches qui démontrent que, malgré un certain temps d'abstinence, plusieurs personnes dépendantes continuent d'éprouver des difficultés de fonctionnement psychosocial de toutes sortes comme : des problèmes d'emploi, de santé mentale, de santé physique ou de problèmes juridiques (Rudolf et Watts, 2002).

Pour Laudet (2011), les avantages d'incorporer des questionnaires de qualité de vie sont multiples pour le traitement des TUS. La qualité de vie peut fournir des indices sur l'évolution des individus en traitements dans l'atteinte des objectifs. Il permet également d'identifier rapidement les besoins les plus importants et d'ajuster en conséquence le plan de traitement. Finalement, l'utilisation de questionnaire de qualité de vie est associée à un plus grand engagement de l'individu dans son traitement (Black et Jenkison, 2009 ; Rudolf et Priebe, 2002 cités dans Laudet, 2011). C'est pour ces nombreuses raisons que Laudet (2011) recommande que les futures recherches sur l'efficacité des traitements dans le domaine du TUS incluent des mesures de qualité de vie. Ce point de vue est également soutenu par Rudolf et Watts (2002) et Srivastava et collab. (2009).

L'intégration systématique de questionnaire de la qualité de vie dans le traitement du TUS demeure encore peu explorée et étudiée. Pour des auteurs tels que Laudet (2011), Rudolf et Watts (2002) et Srivastava et collab. (2009), évaluer la qualité de vie au cours des étapes de traitement d'un individu permet d'obtenir une appréciation plus objective de l'évolution du client, car la diminution de la consommation n'est pas toujours associée à une amélioration de la qualité de vie.

SYNTHÈSE ET CONSTATS

Pour conclure cette section sur les traitements intégrés du TSPT-TUS et de ces effets sur la qualité de vie et autres termes connexes du fonctionnement social, nous désirons faire un résumé des observations les plus importantes qui ressortent de notre analyse de la recension des écrits en lien avec notre objet de recherche.

Voici, à cet effet, les constats les plus importants à retenir :

1. Il existe des études sur les impacts du TSPT et de la qualité de vie (incluant les autres termes associés⁷⁷), mais non précisément sur le fonctionnement social ;
2. Il existe des études sur les impacts du TUS et de la qualité de vie, mais non précisément sur le fonctionnement social entendu comme l'exercice des rôles sociaux ;
3. Il existe très peu d'écrits empiriques (études) portant spécifiquement sur le fonctionnement social chez les individus avec un trouble concomitant de TSPT-TUS. Une seule étude, celle de Najavits et collab. (1998) portant sur l'efficacité d'un traitement intégré du TSPT-TUS a utilisé des mesures d'adaptation sociale, mais c'est là concept qui ne fait que se rapprocher de cet autre concept qui nous intéresse : le fonctionnement social ;
4. Aucune recherche concernant les traitements intégrés du TSPT-TUS n'a été trouvée ayant pour but spécifique l'amélioration du fonctionnement social des individus, et plus particulièrement les hommes-militaires au Canada ;
5. Il existe plusieurs questionnaires d'enquête sur la qualité de vie (incluant les autres termes associés), mais non précisément sur le fonctionnement social ;
6. Plusieurs chercheurs qui étudient le traitement du TSPT et du TUS recommandent l'évaluation systématique et approfondie de la qualité de vie et du fonctionnement social durant et après le traitement. En plusieurs sont d'avis que cette évaluation doit être réalisée avec des outils diversifiés, tels que des entrevues.

⁷⁷ En guise de rappel, les termes associés au concept du fonctionnement social sont les suivants : le fonctionnement psychosocial (*psychosocial functioning*), la qualité de vie (*quality of life*), l'adaptation sociale (*social adaptation*) et les limitations fonctionnelles (*functional impairment*).

2.8. Limites des recherches actuelles

En analysant les conclusions des diverses recherches sur les traitements intégrés du TSPT-TUS mentionnées précédemment, on comprend que ces études comparatives ne nous permettent pas, à l'heure actuelle, de tirer des conclusions concernant l'efficacité des approches de traitement pour ce trouble concomitant. Puisque ces études ciblent essentiellement la réduction des symptômes psychologiques du TSPT et du TUS et que peu d'entre elles intègrent des indicateurs de fonctionnement social, nous n'avons pu cibler les traitements les plus susceptibles d'être efficaces⁷⁸ pour restaurer le fonctionnement social de ceux avec un TSPT-TUS.

Par ailleurs, nous avons décrit plus haut que ces recherches utilisent essentiellement le concept de la qualité de vie, d'adaptation sociale ou autres termes connexes plutôt que de fonctionnement social. Bien que nous ayons expliqué que le concept de la qualité de vie n'est pas un synonyme du concept du fonctionnement social, ces deux concepts⁷⁹ (incluant les autres termes similaires) ne possèdent pas de définitions uniformisées et consensuelles.

Nous avons aussi observé, comme l'avait fait déjà Frueh en 2001 : 1. qu'il existe jusqu'ici peu de consensus sur la méthode (idéale) pour évaluer le fonctionnement social ; 2. que les études se limitent bien souvent à l'utilisation de différents questionnaires qui utilisent le fonctionnement social que comme une composante soit de la qualité de vie ou d'un autre terme connexes ; 3. peu de chercheurs précisent la définition conceptuelle utilisée dans leurs études et utilisent les concepts associés au fonctionnement social de façon indiscriminée et

⁷⁸ Rappelons que parmi les traitements pour le TSPT et le TUS, on retrouve les thérapies cognitives et comportementales axées sur le traumatisme, dont l'exposition prolongée (*Prolonged Exposure therapy* ou PE), l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ou EMDR), le traitement de l'information cognitive (*Cognitive Processing Therapy* ou CPT), les techniques de gestion de l'anxiété, la relaxation, l'entraînement aux stratégies d'adaptation, l'entraînement au contrôle de la respiration, l'arrêt des pensées, la restructuration cognitive, le recodage d'informations par imagerie mentale et thérapie de soutien.

⁷⁹ Nous avons exposé au point 2.5. du présent chapitre en quoi la qualité de vie et le fonctionnement social, bien qu'apparentés, ne sont pas synonymes. Ainsi, la qualité de vie fait référence à un concept très vaste relatif au bien-être général et à la satisfaction alors que le fonctionnement social serait l'une des facettes se rapportant à la qualité de vie.

interchangeable. Pour ajouter à la confusion, lorsque des questionnaires associés au fonctionnement social ou à la qualité de vie sont utilisés, ceux-ci ne sont pas les mêmes, rendant alors les résultats de ces recherches difficilement comparables.

Bien que l'usage de questionnaires possède son utilité, ces outils de cueillette d'information comportent des limites importantes (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 et collab., 2012). À titre d'exemple, ces questionnaires ne permettent pas d'approfondir ni de préciser comment un individu se perçoit dans l'ensemble de son fonctionnement social comme, par exemple, dans l'exécution de ses différents rôles sociaux tels que définis par le travail, dans sa famille (dans un rôle de conjoint et de parent), et dans ses relations interpersonnelles (incluant la famille élargie, les amis et les collègues).

Or, puisque des mesures de fonctionnement social demeurent peu utilisées dans les études sur l'efficacité des traitements tant pour le TSPT que pour le TUS, il est difficile de dégager quels sont les effets de ces traitements sur le fonctionnement social, et encore moins pour ceux avec un TSPT-TUS. Partant du fait que peu d'études s'intéressent au fonctionnement social comme mesure d'efficacité de traitement du TSPT⁸⁰ et du TUS, on ne peut affirmer avec certitude qu'un traitement axé sur la réduction des symptômes du TSPT-TUS soit systématiquement efficace pour améliorer le fonctionnement social dans son ensemble.

Pour illustrer ce point, rappelons ici l'étude de Monson et collab. (2012) qui a fait la démonstration que certaines sphères de l'adaptation sociale ne présentent pas d'amélioration à la suite d'un traitement, et ce, malgré une diminution des symptômes de TSPT. En fait, le traitement du TSPT aurait la possibilité d'avoir un effet indirect sur les domaines du fonctionnement social, mais cette relation n'est pas encore bien comprise. L'hypothèse proposée par les chercheurs est que le traitement du TPST pourrait avoir une efficacité plus limitée sur les sphères interpersonnelles (Monson et collab., 2012 ; Schnurr et collab., 2006).

⁸⁰ Monson et collab. (2012); Schnurr et collab. (2006); Rodriguez, Holowka et Marx, 2012.

Rappelons toutefois que les études décrites précédemment (Monson et collab., 2012 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 ; Schnurr et collab, 2006) excluaient tous participants atteints d'un TUS, malgré la prévalence importante de ce trouble chez les individus avec un TSPT (Kessler et collab., 1995 ; Simoneau et Guay, 2008 ; Van Dam et collab., 2012 ; Najavits et Lien, 2013 ; Ouimette et collab., 2003). Seule l'étude de Najavits et collab. (1998) présentait des résultats très préliminaires sur le plan de l'adaptation sociale lors de son évaluation de l'efficacité du programme de traitement *Seeking Safety* spécifique au trouble concomitant de TPST-TUS.

Nous avons réalisé le tableau suivant qui résume brièvement les recommandations des recherches citées précédemment.

Tableau 2 Résumé des recommandations selon les recherches

Auteurs	Recommandations des recherches
<i>Wachen et collab. (2014)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – L'évaluation du fonctionnement psychosocial devrait faire partie du processus d'évaluation standard du TSPT – Développer un instrument standardisé d'évaluation du fonctionnement psychosocial – Étudier les traitements susceptibles d'améliorer le fonctionnement psychosocial comme cible primaire de la recherche sur le traitement du TSPT
<i>Schnurr et collab. (2006)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Faire des études sur les traitements spécifiques pour l'amélioration de la qualité de vie

<i>Monson et collab. (2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Étudier la relation entre les symptômes de TSPT et l'adaptation sociale – Poursuivre les recherches spécifiquement sur les traitements susceptibles d'améliorer la sphère des relations interpersonnelles dans l'adaptation sociale
<i>Holliday et collab. (2015)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Poursuivre les recherches sur les traitements pouvant améliorer la qualité de vie – Découvrir à l'aide des recherches sur la qualité de vie, les domaines ou sphères de vie importantes à traiter.
<i>Rodriguez, Holowka et Marx (2012)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Effectuer des évaluations complètes selon plusieurs dimensions de fonctionnement et qualité de vie – Utiliser de nombreuses sources et modalités d'évaluation (questionnaires, entrevues, etc.) – Évaluation des atteintes de fonctionnement devrait être systématique dans le cadre d'un traitement de TSPT et réalisée ponctuellement en cours de traitement
<i>Laudet (2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Incorporer l'utilisation de questionnaire de qualité de vie tel que le WOQOL-BREF de façon systématique lors de l'évaluation, pendant et à la fin du traitement d'un TUS.

Étonnamment, la recension des écrits nous apprend que les pratiques fondées sur des données probantes concernant le traitement pour les troubles concomitants de santé mentale et de troubles liés à l'usage de substance ont tendance à préconiser l'utilisation d'une approche biopsychosociale et spirituelle (Chauvet, 2015) pour mieux répondre aux besoins et limitations causées par ces conditions sur le fonctionnement social et la qualité de vie (Mott et

collab., 2013 ; Caron et Guay, 2005). Or, lorsque nous considérons nos conclusions précédentes, il est de notre avis que ces recommandations de pratiques cliniques basées sur des données probantes se sont peu transférées au développement de traitements spécifiques à l'amélioration du fonctionnement social chez les individus avec un TSPT-TUS.

Tout bien considéré, et en fonction de l'état des lieux qui précède, des constats relevés et des pistes de recherche à déployer, il semble que notre interrogation sur la contribution des traitements offerts pour le TSPT-TUS la clinique de santé mentale du Centre de santé ValcartierValcartier sur le rétablissement d'un meilleur fonctionnement social des hommes-militaires, par le biais des rôles sociaux, soit légitime sur le plan de la recherche, sur le plan de la production des connaissances en service social.

2.9. Problématique de la recherche

Comme nous avons mentionné dans la section précédente sur l'état des lieux, et partant du fait qu'il soit difficile de dégager les effets des traitements intégrés du TSPT-TUS sur le fonctionnement social, il appert donc pour nous que :

1. Le fonctionnement social, à titre de mesure de progression en cours ou en fin de traitement, demeure peu utilisé dans le cadre d'un traitement pour le TSPT et le TUS, encore moins pour le trouble concomitant de TSPT-TUS ;
2. Il existe un flou tant au plan théorique que méthodologique⁸¹ pour mesurer le fonctionnement social pour le TSPT-TUS. Le fonctionnement social étant trop souvent associé à d'autres concepts apparentés (dont la qualité de vie) et généralement mal définis ;

⁸¹ Fait référence aux différents tests utilisés pour le fonctionnement social et pour la qualité de vie, ainsi qu'au manque d'uniformité et de consensus dans la façon de mesurer le fonctionnement social pour le TSPT et le TUS.

3. L'état actuel des connaissances ne nous permet pas de déterminer si les traitements pour le TSPT-TUS ont une incidence sur le fonctionnement social en ce qui concerne l'exécution des rôles sociaux⁸² ;

4. Aucune étude recensée n'avait pour objet l'identification de traitement capable d'améliorer le fonctionnement social chez ceux avec un TSPT-TUS.

À notre avis, ces constats problématiques soulèvent la pertinence des questions de recherches et des hypothèses suivantes :

2.10. Les questions de recherches

2.10.1. La question générale

Comment les hommes militaires perçoivent-ils les effets des traitements du TSPT-TUS sur leur fonctionnement social au terme de ces traitements à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier ?

2.10.2. Les questions secondaires

1. Comment les militaires voient l'impact des traitements reçus pour le TSPT-TUS à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier sur l'exercice des rôles sociaux suivants : 1. dans la famille (à titre de conjoint et de parent) ; 2. dans les relations interpersonnelles (avec la famille élargie, les amis et les collègues) ; et 3. de travailleur-militaire ?

2. Est-ce que les militaires présentent toujours des difficultés sur le plan de l'exécution des rôles sociaux à la fin de leurs traitements du TSPT-TUS ? Si oui, lesquelles ?

⁸² Fait référence à l'exécution des rôles dans la famille (à titre de conjoint et de parent) ; dans les relations interpersonnelles (avec la famille élargie, les amis et collègues) et comme travailleur-militaire.

3. Quels sont les éléments des différents traitements reçus pour le TSPT-TUS la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier qui ont été les plus favorables en fonction de l'exécution des rôles sociaux identifiés ?

2.10.3. Les hypothèses de recherche

1. Les militaires atteints de TSPT-TUS présenteront des difficultés dans l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3)⁸³.
2. Malgré les traitements reçus à la clinique de santé mentale, les militaires atteints de TSPT-TUS présenteront des difficultés persistantes dans l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3) même après la fin des traitements.
3. Les militaires atteints de TSPT-TUS requièrent des traitements diversifiés offerts par une équipe interdisciplinaire pour favoriser l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3).

2.11. Pertinence de la recherche pour le service social et son apport en santé mentale

Les paragraphes suivants aborderont les principaux apports de cette recherche sur le plan de scientifique en santé mentale ainsi que pour le service social.

2.11.1. Pertinence scientifique

Les sections précédentes de ce chapitre nous ont permis de mettre en lumière l'ampleur des conséquences du TSPT et du TUS sur le fonctionnement social sur le plan des relations conjugales et familiales, des relations sociales, dans le rôle parental ainsi que sur le plan occupationnel chez les militaires. Malgré ce constat, nous n'avons pu identifier de recherches traitant conjointement du TSPT-TUS et de ces conséquences sur le fonctionnement social de façon aussi détaillée que prise séparément. Nous considérons important d'étudier particulièrement ce trouble concomitant puisque cette population est plus à risque d'abandon et répond moins bien au traitement usuel du TSPT (Debell et collab., 2014 ; Ouimette,

⁸³ Fait référence, dans l'ordre : 1. dans la famille (à titre de conjoint et de parent) ; 2. dans les relations interpersonnelles (avec la famille élargie, les amis et collègues) et 3. comme travailleur-militaire.

Finney, et Moos, 1999 ; Roberts, Roberts et Bisson, 2015 ; Simoneau et Guay, 2008).

De plus, nous avons également fait état de la relation d'interdépendance entre les symptômes liés aux problèmes de TSPT-TUS et le fonctionnement social qui n'est toujours pas bien comprise. Selon Wachen et collab. (2014), des études antérieures avaient rapporté qu'une diminution des symptômes de TSPT n'entraîne pas une amélioration du fonctionnement psychosocial global. Nous avons, en cela, fait la démonstration que les recherches en cours ne peuvent prétendre qu'un traitement centré sur la réduction des symptômes du TSPT et du TUS, entraînera une amélioration automatique et complète du fonctionnement social par exemple, dans les relations interpersonnelles (Monson et collab., 2012 ; Wachen, et collab., 2014 ; Holliday et collab., 2015).

Nous avons également soulevé les limites entourant les tests autorapportés, le manque de définition claire et consensuelle des concepts, l'usage d'indicateurs différents, du manque d'exploration approfondie de la question du fonctionnement social (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012).

Étant donné la prévalence significative du TSPT-TUS chez les militaires, de l'importance des problèmes de fonctionnement social et de qualité de vie chez cette population, de l'information quasi inexistante sur les traitements pouvant améliorer le fonctionnement social pour les militaires avec un TSPT-TUS, nous désirons, par cette étude exploratoire, contribuer à combler ce manque de connaissance.

2.11.2. Pertinence de la recherche en service social

Pour maintenant saisir en quoi notre recherche peut contribuer à l'avancement de la profession, nous décrirons, au cours des paragraphes suivants, en quoi le service social dans les FAC peut contribuer à l'acquisition de connaissance dans le domaine de la santé mentale.

Dans les services de santé des FAC, les travailleuses sociales offrent des services diversifiés

dans l'ensemble des cliniques de santé mentale des FAC⁸⁴. Les travailleuses sociales sont bien souvent le premier contact du militaire dès l'orientation vers les soins en santé mentale. Elles ont comme tâches principales d'offrir des services professionnels de service social normalement offerts à la population générale, mais en milieu militaire. Les travailleuses sociales pour les CAF réalisent des évaluations du fonctionnement social pour identifier les besoins du militaire, interviennent lors de situation de crise, prodiguent des interventions psychosociales et animent des ateliers psychoéducatifs pour les militaires et leurs conjointes. Elles peuvent jouer le rôle de pivot dans la coordination des soins cliniques dans un contexte interdisciplinaire, trouver les ressources nécessaires pour le bien-être du militaire dans la communauté et faire des liens avec le milieu de travail du militaire.

Lorsque les militaires manifestent des problèmes de TUS, ce sont alors les travailleuses sociales spécialisées en traitement des TUS qui prodigueront les traitements nécessaires. Dans le cadre de trouble de TSPT-TUS, la travailleuse sociale spécialisée en traitement du TUS fera alors partie intégrante de l'équipe de soins. Cette équipe est constituée habituellement, d'un médecin généraliste, d'une psychiatre et d'un psychologue.

De manière plus générale, les activités professionnelles des travailleuses sociales consistent aussi à accompagner les individus à répondre à leurs besoins en utilisant leurs ressources personnelles et environnementales, de contrer les situations d'oppression et de mobiliser les forces (autodétermination) en vue de l'atteinte d'un bien-être global.

Selon l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OPTSTCFQ), le rôle de la travailleuse sociale est le suivant :

Le travailleur social cherche à rétablir le fonctionnement social d'une personne (d'un groupe ou d'une collectivité) quand la réciprocité-personne-environnement est en déséquilibre ou devenue problématique. Le travailleur social cherche à améliorer le fonctionnement social lorsqu'une personne (un groupe ou une collectivité) désire rendre plus satisfaisante une situation selon ses aspirations individuelles ou celles

⁸⁴ Voir le site internet du Gouvernement du Canada disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/emplois-fac/options-carriere/domaines-travail/soins-de-sante/travailleur-social-travailleuse-sociale.html> (Page consultée le 2 septembre 2017).

de sa collectivité (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, mai 2002, p. 4).

En d'autres mots, on retrouve donc au cœur de la pratique du service social, le devoir de rétablir ou d'améliorer les liens entre l'individu et son environnement, et cela, dans le but ultime d'améliorer son fonctionnement social. C'est pourquoi, on peut affirmer que la travailleuse sociale possède les connaissances d'ordre théorique, méthodologique ou pratique, et les compétences professionnelles nécessaires pour analyser, évaluer et intervenir sur le rapport dynamique entre l'individu avec un problème de santé mentale et son environnement, au-delà du diagnostic ou des symptômes (OTSTCFQ, 2011).

Par son approche centrée sur l'interaction de l'individu avec son environnement, la travailleuse sociale occupe une position privilégiée pour bien saisir comment les déterminants sociaux, les situations d'oppression, d'iniquité sociale, de vulnérabilité économique, du contexte social et de la souffrance individuelle peuvent influencer tant l'apparition, que le maintien et la diminution des manifestations de problèmes de santé mentale. D'ailleurs, Bilodeau (2005) confirme l'importance de l'approche centrée sur l'interaction de l'individu avec son environnement pour le service social :

[...] les différentes définitions du travail social proposées depuis près d'un siècle ont toutes affirmé, avec plus ou moins de précision, que l'objet d'attention et d'intervention — le matériau sur lequel les travailleurs sociaux travaillent —, c'est la personne en situation, la personne dans ses transactions avec son environnement (p. 57).

Nous avons préalablement établi que les militaires et leur entourage, touchés par le TSPT et le TUS, vivent des difficultés significatives sur le plan du fonctionnement social. Ces difficultés influencent leurs capacités à répondre aux différents rôles sociaux, ce qui entraîne une souffrance protéiforme considérable. C'est pourquoi les travailleuses sociales ont, non seulement la capacité de soulager les souffrances vécues par les militaires et leur entourage, mais surtout la capacité de favoriser le rétablissement d'un bon fonctionnement social entre le militaire et son environnement immédiat. En permettant aux militaires d'exprimer comment ils perçoivent leur fonctionnement social à la suite des traitements reçus

pour le TSPT-TUS, nous désirons ainsi mieux comprendre l'effet des traitements et connaître les difficultés persistantes dans leurs rôles sociaux. Nous souhaitons, par le partage des expériences des participants, identifier les éléments contribuant à l'amélioration du fonctionnement social et des rôles sociaux afin de soutenir le développement de meilleures pratiques cliniques auprès des hommes militaires canadiens. Finalement, nous voulons faire part de la contribution significative des travailleuses sociales œuvrant au sein d'une équipe interdisciplinaire en santé mentale au sein des FAC.

CHAPITRE 3

CONTEXTE THÉORIQUE

Le but de ce troisième chapitre est de circonscrire le contexte théorique de notre étude en précisant les théories et les concepts qui éclairent la problématique du TSPT-TUS et du fonctionnement social chez les militaires des FAC. Nous avons fait le choix de nous inspirer du modèle écologique, modèle profondément associé aux fondements mêmes du service social. Il nous servira de guide d'analyse et d'interprétation de nos résultats en réponse aux questions de recherches et aux hypothèses présentées plus haut.

Nous débuterons ce chapitre par une description des principes fondamentaux du modèle écologique et des différents concepts importants pour cette recherche. Nous poursuivrons avec une description de la théorie et de la définition du fonctionnement social et celle des rôles sociaux. Ensuite, nous reviendrons sur ce qu'est le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et aborderons quelques modèles étiologiques courants. Nous ferons de même pour le trouble de l'utilisation de substance (TUS). Nous présenterons aussi la loi de l'effet, une théorie proposée pour comprendre les effets et les impacts des substances chez les consommateurs. Enfin, nous terminerons avec quelques hypothèses émises pour tenter d'expliquer le développement du trouble concomitant du TSPT-TUS dans les recherches.

3.1. Le modèle écologique : ancrage en service social

Le modèle écologique a été retenu comme cadre théorique, car la perspective écologique permet une compréhension globale du comportement humain en tenant compte de la complémentarité entre la vie intrapsychique d'un individu, ses conditions de vie et son environnement (Greene, 2008). À notre avis, le modèle écologique permet de mettre en relation tous les facteurs biopsychosociaux que nous avons abordés dans les chapitres précédents : il a été question du contexte socioculturel des Forces armées canadiennes explicité dans notre chapitre 1 alors que le chapitre 2 dressait un état des lieux à partir de la recension des écrits. Cette revue de la littérature a permis de situer les impacts importants du TSPT et du TUS sur la vie des militaires, plus spécifiquement dans leurs relations interpersonnelles et

au travail, et aussi d'apporter un éclairage sur les effets des traitements du TSPT-TUS sur leur fonctionnement social de cette clientèle.

Dans les paragraphes qui suivent, nous décrirons donc brièvement le modèle écologique et ses différents systèmes, pour, ensuite, illustrer les liens existant entre le service social et le modèle en question.

Selon Brofenbrenner (cité dans Bouchard, 1987), le modèle écologique du développement humain démontre l'influence et la complexité des interactions entre les individus et leurs différents environnements. Pour mieux l'envisager, on peut se rapporter au 1^{er} principe de l'approche écologique portant sur « l'interaction et de l'interdépendance entre les systèmes » (Bouchard, 1987, p. 456). Ce principe sous-tend que les comportements observables chez l'être humain sont le résultat de l'interaction entre les individus et leur environnement. En conséquence, cela implique qu'un individu ne fait pas que subir l'influence de systèmes, mais qu'il peut aussi agir sur ces systèmes et les influencer.

Pour illustrer ces transactions entre l'individu et son environnement, le modèle écologique est souvent présenté par un graphique où s'emboîtent les différents environnements. Les différents environnements sont : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et ajouté plus récemment, le chronosystème. (Bouchard, 1987.)

On retrouve au premier niveau l'ontosystème qui fait référence à l'individu lui-même, à ses caractéristiques personnelles telles que ses émotions, ses pensées, sa condition physique et psychologique. Il inclut également les perceptions de l'individu sur son environnement. Dans le cadre de cette recherche, l'ontosystème représente notre participant, le militaire masculin ayant un diagnostic de TSPT-TUS.

Le deuxième niveau, le microsystème, représente le milieu de vie dans lequel un individu est en constante interaction par l'exercice de ses différents rôles sociaux, de ses relations interpersonnelles et de sa participation à ses activités quotidiennes. Le microsystème occupe donc une place de choix dans cette recherche qui vise à connaître comment le militaire ayant

un TSPT-TUS (ontosystème) perçoit son fonctionnement social, étudié sous l'angle spécifique des rôles sociaux (microsystème) à la suite des traitements reçus reliés à son état de santé.

Le troisième niveau, le mésosystème est formé d'un groupe de microsystèmes, dont l'ontosystème fait aussi partie, qui entretiennent entre eux des interactions au moyen d'échanges et de communications. Autrement dit, le mésosystème est constitué des interactions entre le militaire avec un TSPT-TUS (l'ontosystème) et ses différents microsystèmes. À titre d'exemple, mentionnons le milieu de travail du militaire et la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier qui impliquent nos participants.

Le prochain niveau, l'exosystème est constitué d'éléments de l'environnement externe qui exercent une forte influence sur le mésosystème, le microsystème et l'ontosystème. L'exosystème est souvent défini comme le rapport entre l'individu et les diverses institutions ou milieux sociaux (par exemple, le système de santé). Pour mieux en comprendre la portée, pensons à un militaire avec un TSPT-TUS qui, bien qu'il demeure à l'emploi des FAC, se retrouve confronté à la possibilité de perdre sa carrière militaire, car il n'est plus en mesure de répondre aux normes de l'institution des FAC. Un autre exemple pourrait se rapporter à l'impact que peut avoir la carrière du militaire et le style de vie militaire sur les membres de la famille.

Ensuite, on retrouve le macrosystème qui est un système plus « général » et qui englobe l'ensemble des autres systèmes. On y retrouve le système politique, juridique, économique, la culture, les normes, et les valeurs qui sont véhiculées par la société. Nous avons d'ailleurs décrit dans notre premier chapitre comment les militaires, en s'engageant dans les FAC, passent au travers d'un processus de socialisation secondaire qui vise à les différencier du monde civil. Souvenons-nous, à cet effet, que la doctrine militaire ainsi que l'éthos militaire, qui avec ses propres normes, valeurs et code de conduite peuvent influencer le militaire, dans sa façon de répondre aux attentes de ses rôles sociaux et de percevoir les problèmes de santé mentale. Dans cet ordre d'idée, il est donc possible que la réalité des militaires avec un TSPT-TUS soit différente de la population civile atteinte des mêmes problématiques (dû à l'influence de la culture militaire).

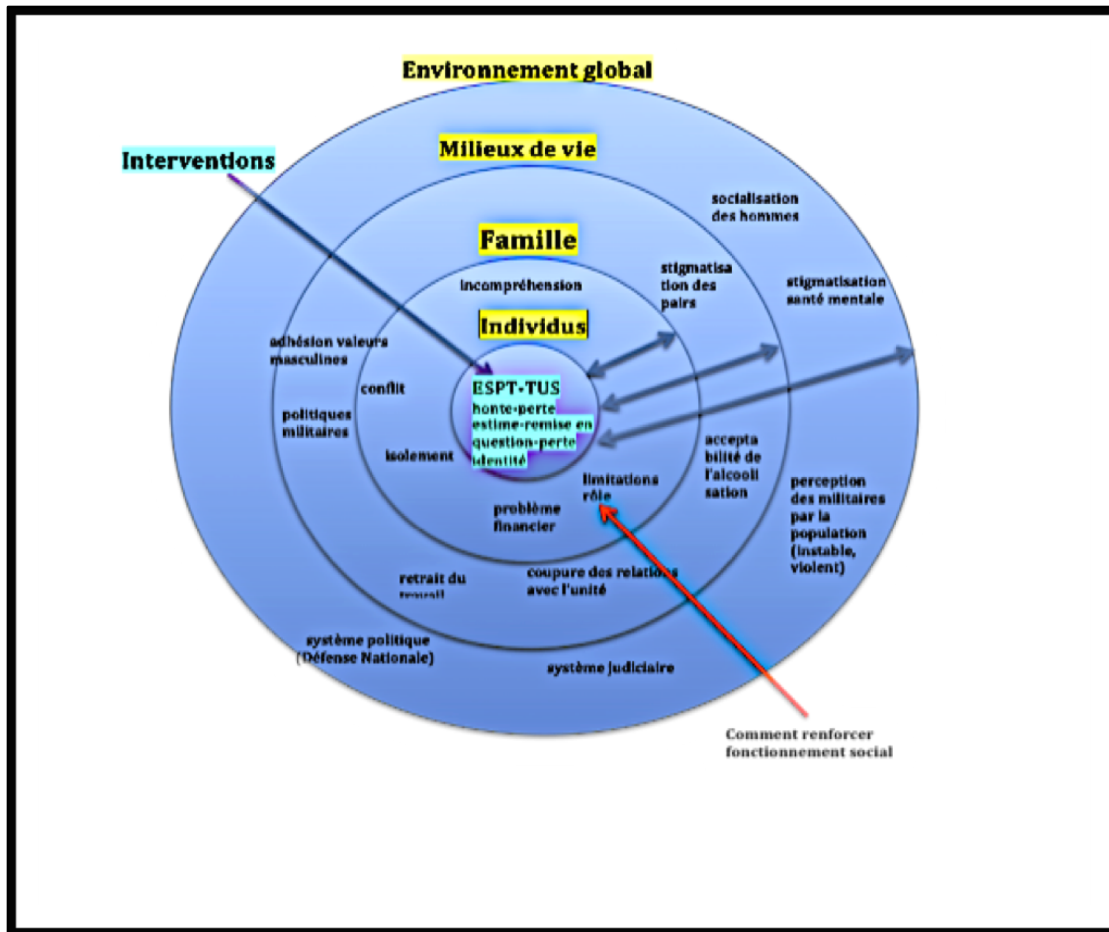
Enfin, le dernier système du modèle écologique est le chronosystème et cherche à tenir compte des moments transitionnels dans une vie. La vie, constituée de moments transitoires occasionne le changement expérientiel et environnemental. Le chronosystème permet donc de documenter ces « étapes de vie » tout en reconnaissant que les individus ne sont pas figés, pour toujours, dans un même environnement. Citons à titre d'exemple : l'entrée à l'école, l'arrivée sur le marché du travail ou le départ vers la retraite (Bouchard, 1987).

Considérant l'objet de notre recherche, le chronosystème se manifeste par le temps écoulé entre le début des problématiques de TSPT-TUS et la demande d'aide des militaires-participants. Qui plus est, puisque ces derniers seront en fin de parcours de traitements, du temps se sera ainsi écoulé depuis la demande d'aide dans les services de santé mentale de la clinique de santé Valcartier et leur participation à la recherche. Enfin, certains participants se retrouveront dans une période de transition marquée par le passage de la fin de la carrière militaire vers l'entrée dans la vie civile.

Somme toute, le modèle écologique considère qu'un individu est en interaction constante avec de multiples systèmes et qu'en raison du principe de l'interdépendance des systèmes, une modification de l'un des éléments de ses systèmes entraînera un effet sur les autres systèmes (Green, 2005). C'est d'ailleurs dans cette compréhension globale que la travailleuse sociale cherchera à rétablir et renforcer des transactions satisfaisantes entre l'individu et son environnement social. Ces transactions incluent notamment la recherche et la satisfaction des besoins et l'accomplissement des tâches quotidiennes afin d'améliorer son fonctionnement social (Bilodeau, 2005). Cela dit, le modèle écologique permet à la travailleuse sociale de considérer différents niveaux d'analyse, et d'intervenir à différents paliers (dans la pratique indirecte et directe) : le social, le communautaire, le familial et l'individuel (Bouchard, 1987 ; Green, 2005).

La figure 1 suivante représente une application du modèle écologique illustrant les interactions entre le militaire avec un TSPT-TUS et ses différents systèmes environnementaux.

Figure 1 Modèle écologique appliqué aux militaires avec un TSPT-TUS



Tel qu'illustré par la figure 1, on peut imaginer que les symptômes de TSPT-TUS présents chez les militaires (l'ontosystème) peuvent entraîner des conséquences sur les plans de la famille (microsystème) et social (mésosystème et macrosystème). Mentionnons à titre d'exemples de conséquences, les difficultés conjugales, la perte de la carrière militaire liée aux politiques des FAC et la stigmatisation des problèmes de santé mentale par la société.

En raison du principe de circularité propre au modèle écologique, les facteurs associés aux différents systèmes jouent un rôle tout aussi important sur la santé mentale du militaire.

Pensons, pour ce faire, à la représentation sociale négative des troubles de TSPT-TUS dans la culture militaire, aux valeurs préconisées par le milieu militaire et à l'adhésion du militaire à un modèle traditionnel masculin. Ces facteurs écologiques influenceront de façon plus ou moins significative, non seulement la vie du militaire, mais également la perception et la vision qu'il a de lui-même et celle qu'il a de son rapport avec son environnement familial et de travail.

Outre les facteurs intrapsychiques et leurs conséquences sur le fonctionnement social des militaires, voire, sur leurs rôles sociaux, c'est dans cette perspective intégrée de l'interaction-personne-environnement que nous pourrons : 1. mieux comprendre la complexité des problématiques de TSPT-TUS, et 2. étudier l'impact des traitements reçus pour le TSPT-TUS sur le fonctionnement social des militaires suivis à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Or, connaître la façon dont s'accomplissent les rôles sociaux permettra d'évaluer l'interaction entre un individu et son environnement et d'accéder à un indice de mesure de son fonctionnement social.

Au cours des chapitres antérieurs, nous avons à maintes reprises, évoqué la notion de fonctionnement social et le flou théorique qui l'accompagne. Et, au-delà des repères minimalistes que nous avons fournis ici et là, nous croyons qu'il importe, dans ce chapitre qui porte sur la théorie, de s'y attarder davantage et surtout, de stabiliser des repères précis qui se sont avérés utiles pour la recherche. En nous rapportant à la recension des écrits et en relation avec notre objet de recherche, nous allons maintenant tenter de définir ce qu'on entend par le fonctionnement social. Les sections qui suivent s'appliqueront à éclairer cette notion.

3.2. La définition du fonctionnement social

Dans l'histoire du développement de la profession du service social, la volonté de vouloir améliorer ou de restaurer le fonctionnement social des personnes en situation est fondamen-

tale. À cet égard, on trouve, dans l'ensemble de la documentation en provenance des diverses organisations professionnelles en service social⁸⁵, cette référence au concept de fonctionnement social.

Le concept du fonctionnement social est au cœur même des activités professionnelles car, les travailleuses sociales chercheront toujours à favoriser l'interaction mutuellement bénéfique entre la personne et son environnement. D'ailleurs, ce concept traverse tout le continuum d'interventions : il va de l'évaluation, de la planification et de la mise en action de l'intervention. Elle est même présente dans l'auto-évaluation ou la clôture d'une intervention (OTSTCFQ, 2012, p. 8⁸⁶).

Toutefois, malgré l'importance centrale du concept du fonctionnement social pour le service social, il n'y a pas, à ce jour, de définition stabilisée ou consensuelle sur le fonctionnement social dans la profession (Tremblay, 2002 ; Fournier, 2006). À titre d'exemple — et la définition des activités professionnelles présentée plus haut l'évoque de façon convaincante, — le fonctionnement social, comme notion, renvoie bien souvent :

⁸⁵ Citons par exemple, la Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS), le *National Association of Social Workers* (NASW), l'Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS), ainsi que les différents ordres professionnels provinciaux dont l'ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ).

⁸⁶ Voilà la définition des activités professionnelles qui se retrouve à la page 8 : « Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement. ». Voir sur le site internet suivant : https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_compétences_des_travailleurs_sociaux.pdf (Page consultée le 15 juillet, 2018).

[...] aux interactions et aux interinfluences entre les moyens et les aspirations d'une personne à assurer son bien-être, à réaliser ses activités de la vie quotidienne et ses rôles sociaux pour satisfaire ses besoins avec les attentes, les ressources, les opportunités et les obstacles de son environnement. Les interactions entre les caractéristiques de la personne et celles de son environnement influencent son fonctionnement social. (OTSTCFQ, 2011, p. 8).

Cette définition offerte par l'OTSTCFQ n'est pas l'unique référent en la matière. En effet, plusieurs auteurs-théoriciens ont travaillé sur la question du fonctionnement social en service social.

À cet égard, Tremblay (2002) a réalisé une recension de plusieurs définitions du fonctionnement social. L'une des définitions citées par cette dernière, celle de Weissman, Sholomskas et John (1981) conçoit le fonctionnement social, par exemple, comme correspondant à l'étendue du réseau social, au statut social et à la capacité d'exécuter les rôles sociaux. Une autre, celle de Tyler et Casey (1993), définit le fonctionnement social par la façon dont un individu s'adapte à la société en général et à son environnement personnel. En d'autres mots, pour Tyler et Casey (1993), le fonctionnement social implique toujours une interaction entre l'individu et la société (Tremblay, 2002).

De leur côté, James et Wandrei (1994) soulignent que le fonctionnement social se manifeste par la capacité d'un individu à réaliser les activités essentielles de la vie quotidienne ainsi qu'à sa capacité d'accomplir les rôles sociaux selon les exigences de la culture ou de l'environnement. Legendre (1998) définit, pour sa part, le fonctionnement social par le niveau de compétence sociale atteint par un individu tel que : la capacité d'autonomie, les habiletés de communication dans les relations avec les autres, la capacité à tenir des responsabilités et des qualités personnelles de leadership dans un contexte social.

Pour terminer, Tremblay (2002) présente la définition de Newbrough (1976) qui décrit le fonctionnement social comme l'habileté et la capacité d'un individu à agir ou à répondre de façon appropriée dans l'ensemble des contextes sociaux (Blakely et Dziadosz, 2007). Cette définition de Newbrough (1976), comme celle de James et Wandrei (1994) et de l'OTSTCFQ (2011) qui portaient aussi sur les rôles sociaux, retient notre attention pour son lien entre l'exécution des rôles sociaux et le fonctionnement social.

Somme toute, on constate qu'il existe une diversité de définitions du fonctionnement social. Toutefois, un élément commun semble traverser plusieurs définitions : l'importance accordée à la capacité d'une personne à (bien) interagir avec son environnement, à exécuter ses rôles sociaux dans ses activités de la vie quotidienne et domestique. Ce dénominateur commun lié à l'exécution des rôles explique notre choix de vérifier le fonctionnement social sous cet angle.

Compte tenu des liens entre le fonctionnement social et les rôles sociaux, on doit considérer l'apport de la théorie des rôles pour comprendre le fonctionnement social, car, selon Huyndi (1976), le fonctionnement social est une application contemporaine de la théorie des rôles (Blakely et Dziadosz, 2007). De plus, il est entendu qu'un fonctionnement social « adéquat » correspond à une interaction positive/bénéfique entre l'individu et son environnement, c'est-à-dire par une absence de problème dans l'exécution des rôles sociaux.

3.3. La théorie des rôles et la définition d'un rôle social

Tel qu'explicité précédemment, le fonctionnement social est intimement lié à la théorie des rôles et par le fait même, au concept de rôle social.

Au plan historique, bien que le rôle social ait émergé de la sociologie et de la psychologie sociale, plusieurs auteurs-théoriciens tels que Durkheim, Mead, Parsons, Deutsch, Krauss et Linton (pour ne citer que ceux-ci) ont contribué à l'élaboration et au développement du concept de rôle social. Ces théoriciens ont apporté une meilleure compréhension de l'individu dans son environnement social (Fougeyrollas et Roy, 1996).

Dans son livre « Les approches en service social », Du Ranquet (1991) décrit comment chaque individu est en interrelation avec ses différents systèmes pour lesquels il occupe une position particulière dans un moment et un contexte donnés. Dans cette perspective, on pourrait ainsi considérer que le concept de « rôle se situe à l'intersection du psychologique et du social » (Du Ranquet, 1991, p. 19). Toujours selon Du Ranquet (1991), un rôle social se définit par un :

[...] ensemble des modèles culturels associés à un statut donné. Il englobe, par conséquent, les attitudes, les valeurs et les comportements que la société assigne à une personne et à toutes les personnes qui occupent ce statut. Dans chaque culture, la position qu'occupe toute personne dans un système est associée à un ensemble de normes et d'attentes. (p. 19.).

À la lumière de ce qui précède, selon le modèle écologique, on constate que plusieurs systèmes environnementaux influenceront la façon dont un individu exercera un rôle particulier. Par exemple, le contexte socioculturel avec ses normes et ses valeurs sociétales (macrosystème et exosystème), les attentes et les obligations issues des proches (microsystème), la perception et les caractéristiques personnelles de l'individu (ontosystème) sont autant de facteurs déterminants dans la performance des rôles.

De fait, on présente souvent le concept du rôle social par la capacité d'action ou le niveau de performance d'un individu dans la réalisation des tâches prescrites ou des comportements attendus pour un rôle particulier (Tremblay, 2002 ; Fougéyrollas et Roy, 1996). Dans cette perspective, le rôle social sert à orienter l'action des personnes dans un contexte et une culture donnés, en fonction de règles, d'attentes et de normes à respecter pour le rôle en question (Tremblay, 2002 ; Fougéyrollas et Roy, 1996). Ainsi, les rôles sociaux permettent aux individus de s'adapter à leur environnement et d'interagir d'une façon attendue avec leur milieu d'appartenance.

En revanche, les problèmes de rôles sociaux se manifestent, selon Du Ranquet (1991), lorsque les réponses aux attentes ou aux exigences du rôle ne sont pas répondues de façon satisfaisante. Il en résulte des problèmes de rôle qui se manifestent sous forme de conflits, de désaccords ou de tension.

Lors de notre recension des écrits, nous avons exposé les multiples impacts que peuvent avoir le TSPT et le TUS dans les relations conjugales, les relations sociales, les relations parent-enfant et au travail. En outre, nos explications autour du processus de socialisation secondaire ont permises de comprendre que les militaires, pour être en mesure de s'intégrer à la culture militaire et à l'institution des FAC, doivent adhérer à des normes, à des valeurs

spécifiques et à la réalité de la vie militaire. Ces réservoirs normatifs et axiologiques viennent influencer, à leur tour, la façon dont les militaires interagiront avec leur entourage et conséquemment, la façon qu'ils réaliseront leurs rôles sociaux.

Selon ce qui précède, et plus particulièrement en fonction de l'état des lieux que nous avons dépeint grâce à la recension d'écrits, il est possible d'envisager que les militaires souffrant d'un TSPT-TUS, même s'ils arrivent au terme des traitements pour le TSPT-TUS, éprouvent toujours des problèmes dans l'exécution de leurs rôles sociaux.

Jusqu'ici, nous nous sommes appliqués à éclairer la notion de fonctionnement social et ses liens avec la théorie des rôles sociaux en service social. Les paragraphes suivants seront consacrés plus spécifiquement à la présentation de la terminologie de référence. Cette terminologie, utilisée pour les différents rôles sociaux dans le cadre de cette recherche, est celle du système de classification du fonctionnement de la personne dans son environnement (*Person-In-Environment system*) ou CFPE (OPTSQ, 1996).

3.3.1. Définitions des rôles sociaux utilisés selon la terminologie du CFPE

Puisque notre objet de recherche porte sur le fonctionnement social sous l'angle des rôles sociaux et sur l'identification potentielle de traitements susceptibles de les améliorer, nous avons fait le choix de s'inspirer des définitions des rôles sociaux du Système de classification du fonctionnement de la personne dans son environnement (*Person-In-Environment system*) ou CFPE (OPTSQ, 1996).

Le CFPE se veut une application du modèle écologique et possède comme concept-clé le fonctionnement social. Plutôt que de fournir une définition claire de ce qu'est le fonctionnement social sur le plan théorique, le CFPE sert davantage à l'évaluation du fonctionnement social en prévision de l'améliorer ou de le restaurer via un plan d'intervention.

Afin de connaître si des problèmes rôles sociaux persistent à la suite des traitements reçus pour le TPT-TUS chez les participants à l'étude, les définitions des six rôles sociaux suivants, issus du manuel du système CFPE (OPTSQ, 1996), seront utilisées :

Tableau 3 Définitions des rôles sociaux utilisés selon la terminologie du CFPE

Rôle de parent	« La personne qui assume les responsabilités du rôle de parent peut être le parent naturel, un beau-parent ou toute personne qui prend en charge les responsabilités parentales face à un mineur. Le parent est légalement responsable du bien-être de l'enfant et la loi prescrit les attentes de la société face aux conditions minimales requises pour bien assumer le rôle parental. Ces responsabilités incluent l'aide au développement de l'enfant, sa protection physique, la communication des traditions culturelles et familiales » (p. 11).
Rôle de conjoint	« Comprend les responsabilités et les attentes assignées à deux personnes unies par des liens légaux, religieux ou privées, à des fins de sécurité physique et économique, de satisfaction émotionnelle et sexuelle, de reconnaissance sociale, de compagnie et de procréation » (p. 11).
Rôle dans la famille élargie	« Quelqu'un qui a des liens de sang ou par accord formel ou informel, par alliance, qui remplit un rôle de parent, grands-parents, fratrie ou tout autre rôle familial » (p. 12).
Rôle d'ami	« Personne qui maintient une relation avec une personne à des fins de soutien mutuel, émotionnel et spirituel, et de compagnie. Ce rôle n'inclut généralement pas de relations sexuelles (ceci est associé à un rôle de conjoint) » (p. 13).
Rôle de collègue (rôle de membre d'un groupe)	« Les caractéristiques de ce rôle sont la réunion et la participation volontaires d'individus qui s'associent dans un groupe autour d'un objectif commun (ici un objectif professionnel) et qui adhèrent aux croyances, aux règles, responsabilités et les attentes d'un objectif commun » (p. 14).
Rôle de travailleur (rôle lié à un emploi rémunéré, à un travail)	« Rôle associé à l'accomplissement d'une activité économique rémunérée et comprend toutes les responsabilités, les attentes inhérentes aux activités qu'une personne exécute en vue d'acquérir les ressources économiques nécessaires à la satisfaction des besoins essentiels » (p. 15).

Après s'être appliqué à éclairer les liens entre le fonctionnement social et l'exercice de différents rôles sociaux, nous éclairerons davantage l'étiologie, les causes et les effets du TSPT et du TUS qui interpelle cette même population. Ce brossage conceptuel nous permettra de mieux comprendre les interrelations entre les facteurs individuels (liés à l'ontosystème) et ceux reliés à l'environnement dans le développement ou le maintien de symptômes du TSPT et du TUS.

3.4. Définition du trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Nous définirons dans cette section le concept du trouble de stress post-traumatique (TSPT) selon le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition* (DSM-5)⁸⁷ ainsi que les termes associés au TSPT utilisé dans la culture militaire. Nous enchaînerons ensuite par une description des modèles étiologiques les plus courants du TSPT.

Contrairement à certaines conditions psychiatriques telles que la schizophrénie, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) n'est pas issu d'une maladie organique, il serait précipité par un événement stressant ou traumatique⁸⁸. L'expérience traumatisante vécue implique, de façon générale, d'être victime ou témoin de situations horribles et violentes. Dans cette perspective, le TSPT consiste en une rupture chez l'individu entre ses croyances fondamentales envers l'humanité (*le monde est juste, le monde est bon*) et envers elle-même (*je suis une personne bonne/compétente*) (Simoneau et Guay, 2008). Ceci est particulièrement observable chez les militaires ayant vécu des expériences en contexte de guerre.

Dès leur retour au pays après une mission de combat, plusieurs militaires pourront connaître des changements sur le plan psychologique, physique et moral. Certains développeront des symptômes de dépression, d'anxiété, de trouble lié aux substances ou de TSPT. Dans le milieu militaire, et on l'a noté dans les premiers chapitres, on utilisera souvent l'expression

⁸⁷ Le manuel de référence en question s'intitule en français le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

⁸⁸ Voir le site internet suivant : <http://www.iusmm.ca/documents/Guay-IUSMM-DSM5-Fev2016.pdf> (page consultée le 30 août 2016).

de blessure de stress opérationnel (BSO) ou de trouble de stress opérationnel (TSO)⁸⁹ pour décrire tout problème de santé ou difficultés psychologiques persistantes qui restreignent les activités quotidiennes découlant du service militaire.

Les expressions BSO ou TSO sont des termes développés par le milieu militaire et mettent l'accent sur la notion de blessure plutôt que sur celle de la pathologie. Et cela, afin de réduire la stigmatisation liée à la santé mentale auprès de cette population. Bien que cette expression ne soit pas un diagnostic médical en soi, la BSO peut inclure des troubles médicaux diagnostiqués comme les troubles anxieux, la dépression, le trouble lié à l'usage de substance, la douleur chronique et le trouble de stress post-traumatique (TSPT)⁹⁰.

À cet effet, la définition la plus utilisée dans les recherches sur le TSPT est celle fournie dans le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition* (DSM-5)⁹¹. Depuis la dernière édition du DSM-5, le TSPT se retrouve maintenant regroupé sous la catégorie des « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ».

Selon le DSM-5, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) se définit comme un état qui se caractérise par le développement de réactions spécifiques suite à l'exposition à une expérience traumatique qui persiste après une période d'un mois (Séguin et collab., 2006). On considère alors une expérience comme traumatique lorsqu'un individu est témoin ou est confronté indirectement à un événement suscitant une peur intense, un sentiment

⁸⁹ La blessure de stress opérationnel désigne « tout problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions dans les Forces armées canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada ». Voir le site internet suivant : <http://www.veterans.gc.ca/fra/services/health/mental-health/understanding-mental-health> (Page consultée 30 août 2016).

⁹⁰ Voir la définition selon Anciens Combattants Canada sur le site internet suivant : <http://www.veterans.gc.ca/fra/about-us/reports/departamental-audit-evaluation/2011-10-ste-annes/1-0> (Page consultée le 8 octobre 2017).

⁹¹ Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) est publié par l'American Psychiatric Association. Il est utilisé internationalement comme référence pour les diagnostics des troubles mentaux et psychiatriques. Le DSM décrit leurs critères diagnostiques et fournit diverses informations telles que leur prévalence. Voir le site internet suivant : <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-dsm> (Page consultée le 8 octobre 2017).

d'impuissance ou d'horreur⁹². Les manifestations et les réactions vécues par l'individu qui souffre de TSPT se regroupent en quatre grandes catégories de symptômes spécifiques : 1. l'évitement ; 2. l'activation adrénérurgique ou l'hyperréactivité ; 3. les reviviscences et 4. les altérations cognitives et émotionnelles négatives persistantes (Séguin et collab., 2006). Pour obtenir un diagnostic de TSPT, un individu doit présenter un nombre minimal de critères pour chacune des quatre catégories de symptômes⁹³ en question.

Nous avons vu précédemment qu'un individu souffrant de TSPT présentera des réactions ou manifestera un ensemble de symptômes parmi ces quatre catégories. La première catégorie de symptômes, celle de l'évitement, se présente sous plusieurs formes : l'individu peut adopter des comportements d'évitement des lieux physiques, des objets, des situations et des personnes qui lui rappelle le traumatisme. Il peut faire des efforts pour oublier et ne plus penser à ce qui évoque les événements traumatisants. L'individu peut aussi tenter de fuir toutes émotions désagréables et éviter de ressentir tout sentiment. (Decam, 2012 ; Séguin et collab., 2006 ; Knobel, 2009).

La deuxième catégorie concerne l'hyperactivité du système nerveux. Cet état d'hyperactivation se manifeste par la présence de comportement d'irritabilité ou d'excès de colère, de comportement autodestructeur (ou dangereux) lié à la recherche de sensations fortes, d'hypervigilance telle que des sursauts importants et un sentiment d'être toujours sur ses gardes, des difficultés de concentration et d'attention, et, finalement, des difficultés de sommeil (Séguin et collab., 2006).

Les reviviscences, la troisième catégorie, désignent les souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement traumatique. Ceux-ci peuvent aussi se manifester sous forme d'images

⁹² Voir la définition du trouble de stress post-traumatique sur le site internet suivant : <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/etat-de-stress-post-traumatique.html> (Page consultée le 8 octobre 2017).

intrusives, de cauchemars et de *flash-backs* qui suscitent de la détresse et une réactivité physiologique⁹⁴.

Enfin, la quatrième catégorie de réactions, les altérations cognitives et émotionnelles négatives, peuvent se manifester de diverses façons. Par exemple, l'individu avec un TSPT peut oublier des éléments importants de son expérience traumatique et présenter des émotions négatives persistantes telles que la honte, la culpabilité, la colère ou la peur. Il entretiendra des croyances négatives démesurées sur lui-même, les autres ou le monde. De plus, il est possible qu'il ressente une baisse d'intérêt marquée pour les loisirs qui étaient jadis appréciés et une incapacité à ressentir des émotions positives. L'individu rapportera alors un émoussement affectif majeur qui se manifeste par un sentiment de détachement envers les autres et un sentiment d'avenir bouché (Séguin et collab., 2006).

En résumé, on comprend que le TSPT se manifeste par des réactions et des manifestations spécifiques survenant à la suite d'une exposition à une situation traumatique. Toutefois, le fait d'avoir vécu une expérience traumatique n'est pas suffisant pour expliquer pourquoi seulement certains individus développeront un TSPT.

3.4.1. Modèles étiologiques du TSPT

Au cours de l'histoire, plusieurs modèles provenant de divers courants théoriques ont émergé pour expliquer tant le développement que le maintien d'un TSPT. Puisqu'il existe plusieurs théories et modèles, nous nous limiterons, pour ce mémoire de maîtrise, à une brève présentation de certains modèles explicatifs : le modèle neurobiologique, les modèles cognitifs et comportementaux et le TSPT comme construction socioculturelle.

⁹⁴ Cette réactivité physiologique consiste en des manifestations cardio-vasculaires (tachycardie, palpitations, respiratoires (sensations d'étouffement, oppression thoracique), digestives (nausées), sueurs, tremblements, engourdissement, impression d'évanouissement (DMS-5).

Le modèle neurobiologique

Selon ce modèle, le TSPT se développerait par un processus de conditionnement pathologique⁹⁵ de peur qui persiste et résiste à un nouvel apprentissage au niveau du système limbique du cerveau (le cerveau « primitif »). D'ailleurs, selon certaines recherches, le système limbique, responsable de la gestion des émotions, présenterait des anomalies chez ceux avec un TSPT. Lorsqu'un individu perçoit un stimulus rappelant l'expérience traumatique, l'amygdale, responsable de la mémoire émotionnelle, devenue hyperréactive aux situations de stress, active rapidement le système nerveux central qui se met en mode d'activation physiologique. L'individu se sent alors en état d'alerte, en état d'urgence. Puisqu'une association a été faite entre l'état d'activation physiologique et la mémoire traumatique, ceci déclenche les reviviscences qui, à leur tour, maintiennent un état d'activation que le cortex n'arrive plus à inhiber, car devenu moins efficace (Knobel, 2009 ; Decam, 2012). Ces réactions, en boucle, expliquent pourquoi, par exemple, l'individu cherche à éviter de se retrouver dans des situations semblables et fuit les indices de rappel possibles (le but étant de se « sortir » de cet état d'activation et de tension).

En évitant les stimuli, les sensations et les émotions négatives reliées au souvenir du traumatisme, l'individu empêche l'intégration de nouveaux apprentissages qui démontrent que les indices de rappel ne sont plus des signes de danger et cessent de déclencher un état d'activation physiologique. De plus, on croit que la persistance des comportements d'évitement et de la réaction pathologique de peur pourrait être reliée à l'atrophie de l'hippocampe qui serait responsable du traitement de la mémoire contextuelle. Ceci pourrait aussi expliquer la difficulté pour les individus avec un TSPT de changer les comportements d'évitement et de supprimer la réaction pathologique de peur (Knobel, 2009 ; Séguin et collab., 2006).

⁹⁵ Le conditionnement est une forme d'apprentissage par association de deux (ou plusieurs) stimuli.

En résumé, les individus avec un TSPT détecteraient plus facilement les stimuli liés à leur traumatisme, et présenteraient une réactivité émotionnelle plus intense que les sujets qui n'en souffrent pas.

Les modèles cognitifs et comportementaux

Plusieurs modèles cognitifs comportementaux ont été développés pour expliquer les réactions émotionnelles, anxieuses, et dissociatives associées au TSPT. Ces modèles, inspirés des théories de l'apprentissage et du conditionnement, ont tous comme fondement principal que le comportement, normal ou pathologique, est essentiellement appris.

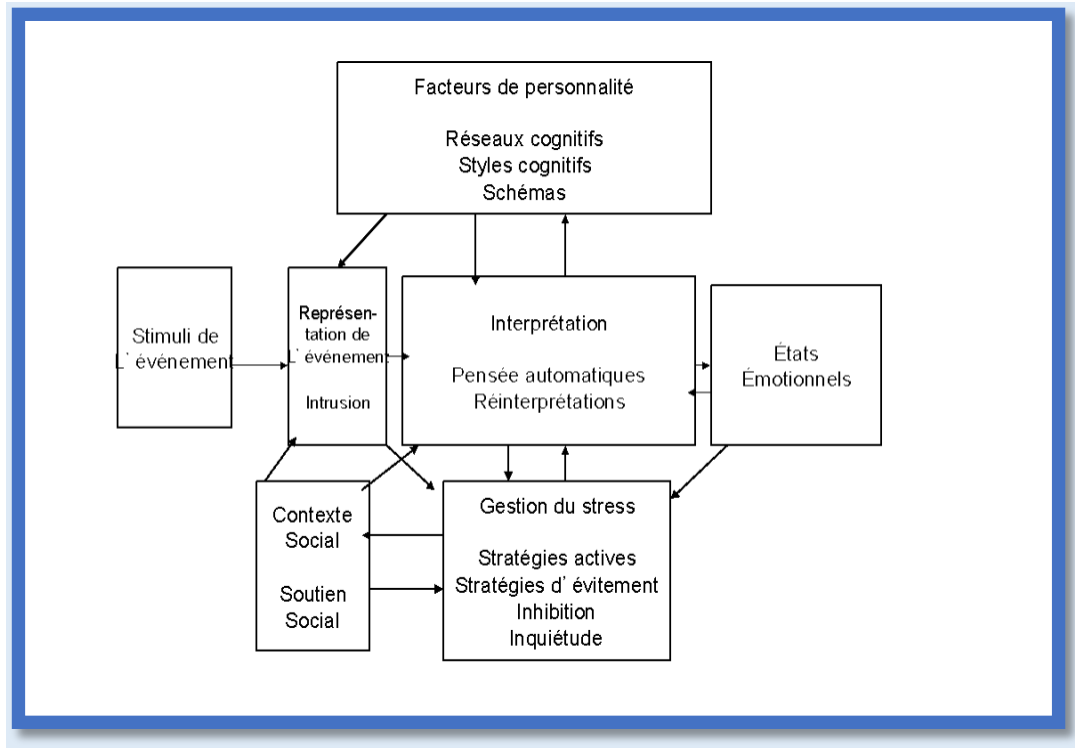
Nous allons expliquer dans les paragraphes suivants ces différents modèles, en nous référant principalement à une revue de littérature sur le sujet réalisée par Decam (2012).

Parmi les modèles cognitifs et comportementaux les plus importants, nous avons retenu entre autres celui de Mower (1960) portant sur l'apprentissage des réactions de peur par le processus du conditionnement ; celui d'Horowitz (1986) portant sur l'intégration cognitive des informations traumatiques ; celui de Foa (1989) sur le développement d'une structure de peur traumatique où les éléments de l'environnement sont perçus comme dangereux et celui de Joseph, Williams et Yule, 1997 ; Gallant, 2015 ; Knobel, 2009).

Le modèle de Joseph, Williams et Yule (1997) attire particulièrement notre intérêt par son intégration du contexte et du soutien social, éléments que nous avons précédemment situés dans le sillon du microsystème et mésosystème du modèle écologique, dans sa conceptualisation du TSPT.

Le modèle de Joseph, Williams et Yule (1997) (cité dans Gallant, 2015) est un modèle cognitif qui illustre les facteurs impliqués, tant dans l'apparition d'un TSPT que dans le maintien de ces symptômes. Selon ce modèle, tel que représenté par la Figure 2, le développement d'un TSPT s'explique par l'interinfluence entre différents facteurs liés à l'individu (ontosystème), à l'événement traumatique et à l'environnement (microsystème, mésosystème).

Figure 2 Le modèle de Joseph, Williams et Yule (1997)



(Guay, Billette, et Marchand, 2002)

Pour Joseph et ses collaborateurs (1997), plusieurs éléments doivent être considérés pour comprendre l'expérience traumatique, par exemple : la représentation et le contexte de l'événement, les mécanismes d'interprétation, les représentations cognitives, les traits de personnalité, l'état émotionnel, le soutien social, etc. Également, il appert que les stratégies d'adaptation et les habiletés sociales seront très différentes d'un individu à un autre. En fonction de cela, on peut conclure que la sévérité des symptômes, ainsi que le vécu relié au TSPT, sera variable et unique à chacun (Guay, 2011). Ce type d'interprétation-explication soutient le caractère unique de l'expérience traumatique, de l'importance de l'environnement et de l'interprétation du TAPT par les militaires.

Retenons que tous les modèles cognitifs comportementaux que nous avons inventoriés ont en commun le principe de conditionnement de peur comme mécanisme du développement du TSPT. Seul le modèle de Joseph, Williams et Yule (1997) tient compte du contexte social. Or, suivant ce modèle théorique, on pourrait présumer que des interventions centrées sur le soutien social et sur le développement d'habiletés de gestion du stress viendraient influencer les symptômes du TSPT. D'ailleurs, Guay (2011) a fait la démonstration que le manque de soutien social, accompagné par la pauvreté des liens sociaux, est un facteur prédictif des plus importants dans le maintien des symptômes associés au TSPT.

Si tel est le cas, l'efficacité du traitement du TSPT ne doit pas se limiter uniquement aux symptômes psychopathologiques du militaire (l'ontosystème), mais aussi tenir compte du contexte et du soutien social ; c'est-à-dire, des autres systèmes de l'environnement.

Le TSPT comme construction sociale et culturelle

Nous avons vu plus haut que les modèles théoriques communs prennent peu en compte le contexte socioculturel dans lequel le traumatisme a lieu et à partir duquel l'individu développe un trouble de stress post-traumatique. Ceci s'expliquerait, en partie, par le peu d'importance accordé au contexte socioculturel dans la compréhension du TSPT tel que défini dans le DSM-5 (Roupnel, 2016 ; Knobel, 2009).

À titre d'exemple, pour Auxéméry (2012), l'expérience traumatique ne peut se limiter ni être complètement comprise par un diagnostic psychiatrique répondant à des critères de classification médicale tels que définis par le DSM-5. Pour ce chercheur, le TSPT serait le résultat des interactions entre un individu, un événement traumatique et son contexte socioculturel. Autrement dit, le TSPT serait le résultat d'une interaction dynamique entre une expérience traumatisante provoquée par un ébranlement profond des valeurs sociales, de la recherche du sens à donner à cette expérience et : 1. l'histoire personnelle de l'individu traumatisé ; 2. son contexte social et culturel. Pour appuyer cette affirmation, il explique que cette « pathologie » du TSPT a reçu plusieurs définitions et appellations au fil du temps. D'ailleurs, les définitions du TSPT et sa symptomatologie ont continuellement évolué depuis la guerre civile américaine (Roupnel, 2016). Roupnel (2016) explique qu'en réponse

aux pressions sociopolitiques entourant les vétérans de la guerre du Vietnam, le TSPT fut officiellement incorporé dans la troisième édition du DSM en 1980 et ainsi reconnu comme un diagnostic de santé mentale.

Tel que nous l'avons indiqué précédemment, le DSM-5 omet toutes références à des éléments culturels dans sa conceptualisation du TSPT. Pourtant, c'est par la culture qu'une communauté détermine les balises entre ce qui est normal ou anormal pour ces membres (Knobel, 2009). Exclure le contexte culturel de notre compréhension du TSPT risquerait, non seulement de déformer la signification accordée au vécu traumatique, mais aussi de mal interpréter les perceptions que l'individu a de ses problèmes (Knobel, 2009).

En outre, des recherches émergent à l'heure actuelle sur cet ébranlement profond des valeurs sociales et du sens à donner à l'expérience traumatique chez les militaires avec un TSPT⁹⁶. Le concept proposé par Litz (Maguen et Litz, 2012), celui du *moral injury* ou de la blessure morale, fait justement référence aux situations où les militaires se voient confrontés à transgresser ou être témoin de transgression d'ordre moral ou spirituel dans un contexte de guerre. En plus des symptômes que l'on connaît du TPST, les militaires avec une blessure morale vivront un conflit intérieur important qui se manifestera par un sentiment envahissant de honte, de culpabilité, de remords, d'autodénigrement et de conduites autodestructrices comme l'utilisation problématique de substance (Maguen et Litz, 2012).

Somme toute, il est donc possible de concevoir le TSPT comme étant plus qu'un simple trouble biologique ou psychologique, mais aussi comme un trouble lié à une construction morale, sociale et culturelle. Cependant, la description nosographique, telle que présentée dans le DSM-5, avec une vision essentiellement endogène du TSPT, n'offre qu'une compréhension très partielle de la problématique. Or, bien que les différents modèles étiologiques du TSPT offrent chacun un éclairage intéressant, seule la dernière perspective proposée par certains auteurs (Knobel, 2009 ; Maguen et Litz, 2012 ; Roupnel, 2016) présente

⁹⁶ Spécialement concernant les militaires liés aux missions de l'Afghanistan et de l'Irak.

une compréhension plus intégrative de l'expérience vécue d'un individu atteint d'un TSPT et son environnement.

Puisque l'utilisation problématique de substance est prévalente et fait partie des conduites autodestructrices associées au TSPT tant chez les militaires que chez les non-militaires, les prochains paragraphes serviront à apporter des précisions sur ce sujet.

3.5. La loi de l'effet et le TUS

Avant de rappeler en quoi consiste le trouble de l'usage de substance (TUS), nous croyons utile de présenter une explication théorique, la Loi de l'effet, qui permet une mise en contexte des problèmes reliés à l'usage de substances psychoactives.

Or, bien que l'usage d'une substance psychoactive soit relativement commun⁹⁷, le simple usage d'une substance ne peut expliquer, en soi, pourquoi certains individus deviendront des consommateurs problématiques et d'autres non (Chauvet et collab., 2015). La loi de l'effet fournit en cela une explication théorique au développement de problématiques lié à l'usage abusif ou non de substances.

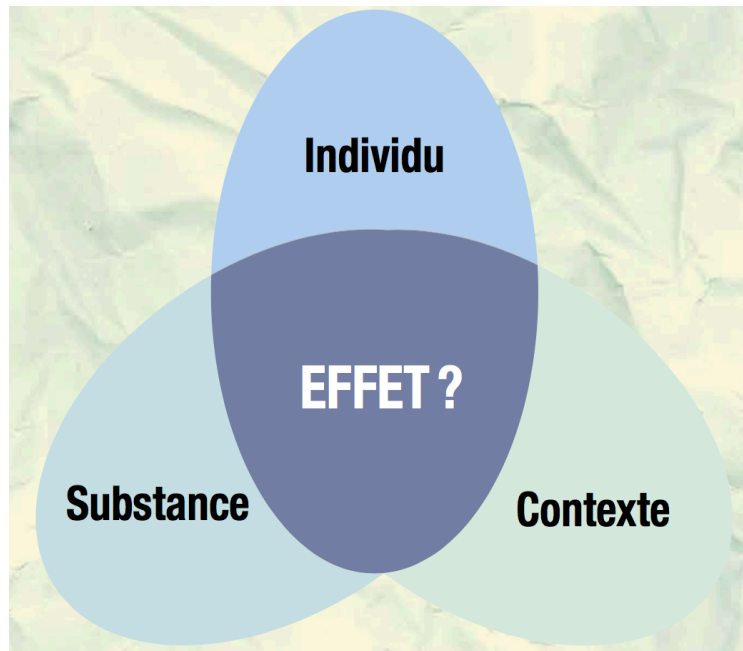
Dans le domaine des *addictions*, la Loi de l'effet permet d'expliquer pourquoi la consommation d'une substance particulière ne constitue pas le seul facteur à considérer dans le développement des problématiques de consommation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015 ; Chauvet et collab., 2015).

Selon la Loi de l'effet, l'expérience vécue du consommateur est le produit des interrelations entre les facteurs individuels du consommateur, des caractéristiques de la substance consommée et du contexte socioculturel de son utilisation (voir la figure 3 suivante).

⁹⁷ Voir chapitre 2 à la section 2.1 concernant la prévalence de l'usage de substance au Canada.

Figure 3 Loi de l'effet

$$E_{\text{ffet}} = P_{\text{roduit}} + I_{\text{ndividu}} + C_{\text{ontexte}}$$



(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015)

Ainsi, chacun de ces facteurs viendront contribuer, non seulement sur l'effet ressenti de la substance par le consommateur, mais également sur l'expérience vécue. Cette expérience de consommation viendra ensuite moduler l'établissement d'une relation fonctionnelle entre le consommateur et la substance utilisée (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Ci-dessous, on retrouve au tableau 4 les éléments contenus pour chacun des trois facteurs de la Loi de l'effet : la substance, l'individu et le contexte.

Tableau 4 Éléments contributif à la Loi de l'effet selon les trois facteurs

PRODUIT	INDIVIDU	CONTEXTE
Pureté	État de santé physique, psychologique	L'ambiance
Quantité	Expériences antérieures	L'entourage, le réseau social
Tolérance	Humeur	Le moment de la journée
Mélange avec d'autres produits	Sexe	Les lois
Mode d'utilisation	Taille	Les valeurs culturelles
Fréquence d'utilisation	Poids	Les conflits
	Prédispositions	

(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015)

Lorsque l'on observe la représentation graphique de la Loi de l'effet (figure 3), voire, des éléments que contiennent les facteurs au centre de cette loi (tableau 4), on comprend que lorsqu'une substance est consommée, celle-ci n'aura pas le même effet ni le même impact chez tous les consommateurs, car les caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, affectives et les expériences passées seront différentes pour chacun. De plus, l'effet ressenti pourrait varier à chaque utilisation chez un même consommateur, car son état physique, psychologique et social n'est jamais le même (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015 ; Chauvet, 2015).

Outre les facteurs individuels du consommateur, les caractéristiques de la substance consommée seront également impliquées dans l'effet ressenti. Ainsi, le type de substance, son

mode d'utilisation ainsi que la quantité et la fréquence de consommation viendront modifier l'expérience du consommateur. Finalement, le troisième facteur de la Loi de l'effet, le contexte d'utilisation d'une substance, inclut les éléments suivants : l'endroit, la présence ou non d'autres consommateurs, l'ambiance et les valeurs du milieu.

Selon cette théorie, ces trois facteurs influencent l'expérience vécue chez le consommateur. Ces expériences de consommation favoriseront l'établissement d'un rapport problématique ou non entre le consommateur avec la substance. Ce rapport ou cette relation entre la fonction et le besoin que la substance occupe chez le consommateur fait partie des facteurs contributifs au développement d'un TUS (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Si l'on examine maintenant les liens entre les caractéristiques de la socialisation masculine, le contexte culturel, la relation fonctionnelle établie avec la substance et son utilisation, certains auteurs soutiennent que le comportement de surconsommation constitue souvent une mesure d'adaptation pour diminuer les manifestations d'un trouble de santé mentale chez les hommes (Roberge, 2007 ; Roy et collab., 2014). À titre d'exemple, Roy et collab. (2014) ont évoqué que les hommes ont un choix plus limité de moyens d'adaptations pour bien gérer les problèmes et les difficultés de la vie quotidienne : ils ont recours soit à l'inhibition émotionnelle, à l'isolement (pour régler ses problèmes par soi-même) ou à des comportements de compensation. La surutilisation de l'alcool, comme comportement de compensation, servirait à cacher la souffrance des hommes (Roberge, 2007 ; Roy et collab., 2014).

Rappelons également que dans nos chapitres antérieurs, nous avons déjà exposé comment l'alcool, parmi les hommes militaires, constituait un moyen acceptable de gestion du stress et une stratégie normalisée pour mieux contrôler les émotions désagréables (Lorber et Garcia, 2010 ; Skomorovsky, 2012). Dans le même ordre d'idée, on comprend mieux pourquoi l'utilisation de l'alcool est une stratégie prisée chez les hommes militaires souffrant de TSPT (Roberts et collab., 2012 ; Hinkly, 2012).

Or, si la Loi de l'effet s'applique à notre population à l'étude, c'est-à-dire aux hommes militaires francophones avec un TSPT-TUS (ontosystème), on pourrait supposer que la problématique de consommation de substances sera influencée, à titre d'exemple, par le fait d'être un homme, d'être atteint d'un TSPT et d'être un militaire influencé par ses pairs, par les valeurs, les normes et les règles des FAC, bref, par l'éthos et la doctrine militaire (méso-système, exosystème et macrosystème). Ainsi, un tel militaire ne vivra pas les mêmes effets de sa consommation ni les mêmes impacts sur son fonctionnement social qu'un autre consommateur, et ce, malgré la prise de la même substance.

Après avoir ainsi clarifié le modèle théorique de la Loi de l'effet tel qu'appliqué dans le domaine de l'addiction, attardons-nous maintenant aux diverses définitions associées à l'utilisation problématique des substances.

3.5.1. Définitions du trouble de l'utilisation de substances (TUS)

Ceci nous amène à explorer quelques définitions du concept des troubles liés à l'utilisation de substances. Nous décrirons dans ce qui suit et dans l'ordre, celle émise par *l'American Society of Addiction Medicine* (ASAM) et celles fournies par les deux systèmes de classification pour les troubles mentaux reconnus au niveau mondial : le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) élaborée par l'OMS.

Selon l'American Society of Addiction Medicine (ASAM)

L'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM) définit le TUS comme suit :

*Addiction is a primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry. Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations. This is reflected in an individual pathologically pursuing reward and/or relief by substance use and other behaviors*⁹⁸

⁹⁸ Voir la définition de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) sur le site internet suivant : http://www.asam.org/docs/public-policy-statements/1definition_of_addiction_long_4-11pdf?sfvrsn=2_2011 (Page consultée le 7 septembre 2017).

On s'en rend compte, l'ASAM offre une définition de *l'addiction* comme étant essentiellement une problématique d'ordre neurobiologique où les circuits de récompense du cerveau sont touchés et ce désordre se présente par l'entremise de manifestations psychologiques, sociales et spirituelles. Il apparaît alors évident que cette définition ne tient pas compte des déterminants environnementaux de la santé comme facteurs contributifs au développement d'un TUS, ni du fait que le TUS puisse se manifester sur un continuum de sévérité.

Selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)

De son côté, la CIM-10 décrit les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée, associée à une forte obsession de prendre de la substance, d'une difficulté à contrôler la fréquence et la quantité consommée ; à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives ; à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation ; à une tolérance accrue de l'effet, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique (Chauvet et collab. 2015). Cette définition est, somme toute, très similaire à celle qui suit.

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5)

Selon la définition des troubles liés à l'usage de substances (TUS) décrite dans le DSM-5, un trouble lié à l'usage de substances représente « un mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative » (DSM-5, p. 363). Or, pour déterminer la présence d'un TUS — et nous l'avons noté plus haut, — l'individu doit avoir minimalement deux des onze critères diagnostics, à un moment précis au cours d'une période continue de douze mois. En guise de rappel, les critères diagnostics du DSM-5 pour le TUS sont les suivants : 1. l'incapacité de remplir des obligations importantes ; 2. l'usage malgré des effets néfastes sur la santé physique ; 3. les problèmes interpersonnels ou sociaux ; 4. la tolérance ; 5. le sevrage ; 6. la perte de contrôle sur les quantités et le temps passé à rechercher et à consommer la substance psychoactive ; 7. le désir ou les efforts persistants pour diminuer ; 8. beaucoup de temps y sont consacrés ;

9. les activités réduites au profit de la consommation ; 10. la persistance d'usage malgré un problème physique ou psychique ; et 11. le désir impérieux de consommer (*craving*).

Les TUS forment un continuum selon la sévérité du trouble varie de léger à grave⁹⁹. Ainsi, la présence de 2 à 3 critères indique un trouble léger, la présence de 4 à 5 critères d'un trouble modéré et dès l'atteinte de 6 critères et plus, d'un trouble grave (Chauvet et collab., 2015).

La définition du TUS, tel que précisée par le DSM-5, est celle la plus utilisée dans les écrits et les recherches que nous avons recensées sur le TSPT-TUS¹⁰⁰.

Maintenant que nous avons explicité les définitions conceptuelles du TSPT et de TUS, voyons les liens possibles entre ces deux problématiques lorsqu'ils se manifestent chez le même individu.

3.6. Les interrelations dans le développement d'un trouble de TSPT-TUS : 3 hypothèses

Comme nous avons vu précédemment, plusieurs hypothèses ont été avancées pour tenter d'expliquer la prévalence significative¹⁰¹ du TSPT-TUS et pour mieux comprendre la relation entre les deux troubles chez les individus. Les paragraphes qui suivent exposeront les théories (hypothèses) les plus fréquemment soulevées dans le corpus bibliographique consulté : la théorie de l'automédication, la théorie du *high risk hypothesis* et celle de la *susceptibility hypothesis*.

3.6.1. La théorie de l'automédication

La théorie de l'automédication est actuellement celle qui est la plus soutenue empiriquement. Selon cette théorie, l'usage de substances psychoactives servirait de soulagement des symptômes du TSPT. (Simoneau et Guay, 2008 ; McCauley et collab., 2012).

⁹⁹ Voir le document *Vers une compréhension du phénomène de dépendance* disponible sur le site internet suivant : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/622.pdf> (Page consultée le 10 septembre 2017).

¹⁰⁰ Nous nous inspirerons de cette définition dans cette recherche.

¹⁰¹ Voir le Chapitre 2, à la section 2.1.2.

En effet, plusieurs études semblent appuyer l'idée de l'automédication. À ce titre, diverses études ont fait la démonstration du lien existant entre l'utilisation d'une substance de choix et la gestion de symptômes spécifiques du TSPT. Par exemple, l'utilisation de l'alcool pour apaiser l'hypervigilance (McCauley et collab., 2012). D'autres ont fait état de l'augmentation des obsessions et du désir de consommer en fonction de la sévérité des symptômes de TSPT (Lavoie et collab., 2008 ; Ouimette et Brown, 2003 ; McCauley et collab., 2012).

Ces constats semblent indiquer que le soulagement temporaire des symptômes de TSPT apporté par la prise de substance contribue à un cycle de renforcement de ce comportement d'automédication. Or, c'est ce processus de renforcement qui, justement, favoriserait le développement d'un TUS.

Enfin, puisqu'il est généralement établi que l'apparition du TSPT a précédé le trouble d'usage de substance pour la majorité des individus, McCauley et collab. (2012) soutiennent que ces arguments appuient l'hypothèse de l'automédication.

3.6.2. La théorie du *high risk hypothesis*

La deuxième théorie avancée par certains chercheurs est celle liée à la prise de risque, traduction de l'anglais : le *high risk hypothesis*, (McCauley et collab., 2012). Selon cette hypothèse, une problématique de consommation de substance peut également précéder l'apparition du TSPT et même augmenter les risques de développer un TSPT éventuel. Ainsi, les utilisateurs de substances montreraient plus de risque d'être exposés à des situations potentiellement traumatisantes (McCauley et collab., 2012).

Pour la population militaire canadienne, Pearson et Zamorski (2014), lors de l'enquête de Santé Canada sur la santé mentale chez les militaires des Forces armées canadiennes, rapportent un taux de prévalence important de la surconsommation d'alcool chez les jeunes militaires qui n'ont pas été encore vécus un déploiement en mission. Dès lors, on pourrait supposer que cette surreprésentation de jeunes hommes militaires correspond à un profil de prise de consommation à risque. Des jeunes qui sont possiblement attirés par les caractéristiques de la vie militaire telles que la recherche d'adrénaline, le désir de participer à des

activités à haut risque, l'attraction pour le changement continuuel (et du travail non routinier), les activités physiques et le dépassement de ses limites personnelles.

D'après McCauley et collab. (2012), les consommateurs problématiques (ou avec un TUS) peuvent ainsi adopter des comportements à risque pour se procurer des substances ou lorsqu'ils sont intoxiqués. En outre, le caractère illicite de certaines substances oblige parfois les utilisateurs à fréquenter le milieu criminalisé pour s'en procurer. C'est pourquoi on peut présupposer que la dangerosité du milieu environnant, le style de vie lié à la consommation et l'adoption de comportement à risque associé à l'usage de substances augmenteraient les probabilités d'être exposé à des expériences traumatisantes, et, potentiellement, de développer un TSPT.

3.6.3. La théorie du *susceptibility hypothesis*

Une dernière hypothèse, celle de la *susceptibility hypothesis*, soutient que des facteurs prédisposent certains individus avec un TUS à développer un TSPT. C'est-à-dire que la présence d'un TUS chez un individu serait souvent associée à une plus faible capacité d'adaptation, à des difficultés liées à la gestion des émotions désagréables, à du stress et à une plus grande anxiété (McCauley et collab., 2012).

Ces facteurs, déjà présents chez l'individu avec un TUS, augmenteraient sa vulnérabilité biologique et psychologique à la suite d'une exposition à un événement traumatisant, le risque de développer un TSPT (McCauley et collab., 2012 ; Lavoie et collab., 2008). La prise excessive d'alcool ainsi que l'exposition à des expériences traumatisantes en jeune âge font partie des facteurs prédisposant au développement possible d'un TSPT (Najavits et Hien, 2013 ; Afifi, 2016).

En conclusion, il appert que les mécanismes explicatifs concernant les interrelations entre le TSPT et le TUS sont complexes et multifactoriels. Bien que la majorité des recherches soutiennent l'hypothèse de l'automédication, certaines recherches ont fourni d'autres pistes étiologiques possibles au développement d'un TSPT-TUS. Ceci nous permet d'affirmer que les causes ou les facteurs impliqués dans l'apparition d'un trouble concomitant de TSPT-TUS peuvent être multiples.

À notre avis, bien que les différents modèles théoriques reliés au TSPT et au TUS offrent chacun un éclairage intéressant, aucun d'entre eux ne semble faire la démonstration d'une compréhension intégrative de l'expérience vécue par les militaires souffrants de TPST et de TUS. Néanmoins, nous avons tenté de soulever, par l'entremise de ces différents concepts et théories, les éléments-clés liés à l'environnement et à la sphère sociale qui soutiennent l'intérêt de tenir compte du fonctionnement social.

En effet, ces éléments démontrent, en ce qui nous concerne, le besoin d'adopter une approche globale, intégrative et multifactorielle du militaire dans son environnement. Et cela, afin de (mieux) comprendre comment favoriser le rétablissement du fonctionnement social pour les problématiques de TSPT-TUS.

En fonction de ce qui précède et à la lumière de toute cette complexité qui entoure les causes, les effets et les façons de soulager les individus avec le TSPT-TUS et leur environnement, il appert de manière plus évidente du rôle potentiel des travailleuses sociales dans ce qui peut ou non favoriser l'amélioration du fonctionnement social de celles et ceux qui sont touchés par ces troubles concomitants. Surtout si l'on sait, par exemple, que l'ensemble de leurs activités professionnelles vise, pour l'essentiel, à améliorer le fonctionnement social des individus et donc, à toucher de près à l'exécution des rôles sociaux.

Rappelons enfin que lorsque la travailleuse sociale entreprend l'évaluation d'un individu dans son fonctionnement social¹⁰², elle doit tenir compte des rôles sociaux, des forces et des faiblesses des individus, mais aussi des forces et des faiblesses de l'environnement de ces mêmes individus. Car, en connaissant l'état des relations interpersonnelles et sociales des individus, elle sera plus à même de déterminer quel type d'intervention est susceptible de favoriser une interaction positive/bénéfique entre l'individu et son environnement. Elle

¹⁰² Voir les documents suivants de l'OTSTCFQ : 1. *Cadre de référence, l'évaluation du fonctionnement social*, 2011, p. 4. Disponible sur le site internet suivant : <http://www.otstcfq.org/docs/cadresdereference/cadredereferencets.pdf> (Page consultée le 13 octobre 2016) ; 2. *Guide de normes pour la tenue des dossiers et des cabinets de consultation*, 2005, p. 45-47. Disponible sur le site internet suivant : <http://www.otstcfq.org/docs/cadresetguidesdepratique/guidedesnormes.pdf?sfvrsn=1> (Page consultée le 13 octobre 2016).

saura également mieux cibler si elle doit agir auprès des individus directement (pratique directe) ou auprès de leurs environnements (pratique indirecte).

C'est pourquoi nous soutenons dans ce mémoire de maîtrise que le service social, par sa compréhension des interrelations entre les systèmes, peut combler ce manque de connaissances relevé plus haut dans la recension des écrits. Ce mémoire peut ainsi contribuer : 1. au développement d'interventions psychosociales innovatrices auprès des militaires canadiens et leur environnement ; 2. à mieux connaître si les traitements visant l'ontosystème (auprès des militaires qui auront un TSPT-TUS) ont un impact auprès du microsystème, précisément sur l'amélioration de leur fonctionnement social par l'exercice des rôles sociaux de conjoint, de parent, avec la famille élargie, d'ami, de collègue et de travailleur-militaire.

Bref, en consultant les militaires avec un TSPT-TUS sur les traitements reçus, nous souhaitons, au final, identifier des pistes possibles d'intervention en service social qui pourront, dans la mesure du possible, améliorer le fonctionnement social des militaires-en situation.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans ce chapitre, il est question du cadre méthodologique utilisé afin de répondre aux questions et aux hypothèses de recherche. Dans cette section, la justification du type de recherche et de la méthode de cueillette de données, une description de la population à l'étude et de la procédure de recrutement seront abordées. Enfin, nous terminerons par la présentation de la méthode d'analyse retenue et des limites méthodologiques.

4.1. Choix de la méthode de recherche

Comme nous avons indiqué dans le chapitre 2 sur l'état des lieux, cette recherche a pour objectif de répondre à un manque de connaissance sur le fonctionnement social des militaires canadiens atteints d'un trouble concomitant de stress post-traumatique (TSPT) et de trouble lié à l'usage d'une substance (TUS) à la suite des traitements reçus à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Lors de notre recension des écrits, nous avons également signalé que les études réalisées sur le sujet utilisaient systématiquement des tests standardisés qui, dans la manière dont ils étaient utilisés, présentaient des limites importantes. Nous avons aussi, en lien avec le tableau 2 du chapitre 2 qui reprend les recommandations selon les recherches inventoriées, noté l'importance de sortir des questionnaires autorapportés, d'élargir et de préciser les sources et/ou les modalités d'évaluation (questionnaires, entrevues, etc.) du fonctionnement social. Partant de ces différents constats, la méthode qualitative traditionnelle nous semble le choix le plus pertinent et approprié.

Aussi, la méthode qualitative permet l'exploration ; c'est-à-dire, l'approfondissement d'un sujet nouveau ou d'un sujet peu connu. Ceci correspond également au critère de recherche exploratoire, tel que défini par Paillé (1996). D'ailleurs, sur le plan méthodologique, la recherche qualitative exploratoire s'inscrit dans une logique compréhensive, qui privilégie la description de phénomènes ou d'expériences lorsqu'un sujet est peu connu ou étudié dans les travaux de recherche (Fortin et Gagnon, 2016).

Nous désirons maintenant présenter les motifs qui ont mené à arrêter notre choix sur la méthode qualitative et l'entrevue semi-dirigée.

Contrairement à l'entrevue, le questionnaire utilise des questions de type fermé. Ce qui ne permet pas l'exploration du discours chez les répondants. Si le questionnaire permet de diminuer le risque de désirabilité sociale¹⁰³, la formulation des questions en soi, lors de la construction de l'outil, peut induire un biais.

Quoiqu'il existe plusieurs structures possibles pour mener une entrevue, comme les récits de vie ou l'entrevue récursive, nous avons privilégié l'entrevue semi-dirigée. Cette structure d'entrevue se fait selon une dynamique d'échange et de co-construction du sens. Cette modalité, croyons-nous, permet aux travailleuses sociales de mieux comprendre la réalité subjective des participants, d'explorer les conséquences ou les causes d'un problème et de faire des liens entre les commentaires pertinents aux questions de recherche (Aktouf, 1987). L'entrevue semi-dirigée favorise également une certaine liberté d'expression, tout en assurant le maintien d'un lien entre le processus réflexif et les questions préétablies touchant à notre problématique et/ou portant sur le fonctionnement social et les services reçus par les hommes militaires de la base militaire de Valcartier au cours de leur parcours de soins à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

Puisque notre désir est d'approfondir notre compréhension du sens et du vécu des militaires en contexte d'exercice de différents rôles sociaux, et que nous avons un nombre restreint de participants disponibles, l'entrevue semi-dirigée nous semblait donc tout indiquée (Tanguay, 2017).

Selon Laflamme (2007), en recherche qualitative, le chercheur organise les données obtenues lors des entrevues en regroupant des parties de textes, de propos ou d'énoncés simi-

¹⁰³ La désirabilité sociale fait référence au désir que les individus ont de présenter une image favorable aux autres. Dans le cadre d'une recherche qualitative utilisant des entrevues, ne pas tenir compte de ce concept peut induire un biais important. Voir la définition de ce concept sur le site internet suivant : http://www.ins.tn/sites/default/files/pdf_actualites/desirabilitesociale.pdf (Page consultée le 16 juillet 2018).

lares et récurrents sous des catégories. C'est par ce processus de catégorisation, que le chercheur pourra ainsi décrire une tendance, un sens ou un phénomène particulier émergent des résultats¹⁰⁴.

Toutefois, la méthode qualitative traditionnelle n'a pas seulement des avantages, elle a aussi des limites. Cette méthode demeure un processus qui requiert beaucoup de temps pour la collecte et l'analyse de données non structurées pour un nombre de participants plus restreint. De plus, puisque le rapport entre le chercheur et les participants est plus personnel, le chercheur doit prendre les précautions nécessaires afin de limiter le biais de la désirabilité sociale (Tanguay, 2017).

4.2. Méthode de collecte des données

Les prochains segments traiteront des étapes et des moyens utilisées pour la collecte de données tels que la préparation et le déroulement des entrevues semi-dirigées ainsi que du questionnaire sociodémographique.

4.2.1. Préparation et déroulement des entrevues semi-dirigées

Comme première étape, nous avons validé auprès de collègues le choix de nos questions d'entrevue semi-dirigée pour vérifier leur clarté de compréhension et leur potentiel de déstabiliser les participants. Les questions retenues pour l'entrevue semi-dirigée¹⁰⁵ proviennent directement des questions de recherche : elles visent à identifier les répercussions du TSPT-TUS sur le fonctionnement social dans l'exécution de leurs rôles sociaux et en quoi les traitements reçus ont contribué ou non contribué à la restauration de leurs capacités à exécuter ces rôles sociaux lorsque les participants se retrouvent en fin de suivi.

¹⁰⁴ Nous sommes au fait que plusieurs auteurs (Mayer et ses collab., 2000 ; Fortin et Gagnon, 2016) indiquent que la recherche qualitative ne permet pas la généralisation des résultats mais s'intéresse plutôt à décrire une particularité d'une réalité. Toutefois, nous reprenons ce qu'en dit Laflamme (2007) : « ...l'une [qualitative] et l'autre [quantitative] doivent constamment se poser la question de la représentativité des résultats obtenus, celle de la tendance des informations qui appartiennent à l'ensemble étudié. Le recours à une technique non probabiliste n'invalide pas automatiquement les résultats qui sont obtenus ; il invite à la prudence toute extrapolation que l'on voudrait en faire » (Laflamme 2007, p. 144).

¹⁰⁵ Voir l'annexe B pour le guide d'entrevue.

Toutes les entrevues ont été effectuées par la chercheure et se sont déroulées dans son bureau à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier pour assurer le maximum de soutien et de sécurité aux participants. À leurs arrivées, nous avons explicitement informé chaque participant du contenu du formulaire de consentement avant sa signature. Ensuite, les participants ont répondu au questionnaire sociodémographique. Pour faciliter les échanges, nous avons permis aux participants de lire les questions d’entrevue et les rôles sociaux étudiés tout au long de l’entrevue s’ils éprouvaient des difficultés à comprendre ou à se souvenir des questions.

Bien qu’aucun d’entre eux n’en a manifesté le besoin, nous avons informé les participants qu’ils pouvaient prendre une pause s’ils le désiraient. Tous les participants ont accepté que l’entrevue soit enregistrée par dictaphone et qu’une transcription du verbatim soit produite pour l’analyse de son contenu. Aucune information confidentielle pouvant identifier le militaire n’a été enregistrée (p. ex. nom, numéro de matricule, grade, unité militaire d’appartenance) ni utilisée lors de la transcription. Les données recueillies et analysées sont celles fournies par les participants.

4.2.2. Le questionnaire sociodémographique

Afin de dresser un portrait des participants, un questionnaire sociodémographique¹⁰⁶ a été conçu pour colliger les renseignements d’intérêt aux questions de recherche : l’état civil et le nombre d’années en relation de couple, le nombre et l’âge des enfants, le niveau de scolarité complété, le nombre d’années de service militaire (force régulière et de réserve) et leur métier, le nom et l’année des déploiements réalisés, les types de soins obtenus à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier et, finalement, de l’usage de soins complémentaires dans des ressources civiles. De plus, les participants devaient indiquer la profession des intervenants consultés, s’ils ont reçu des traitements en individuel et de groupe. Ce questionnaire était rempli par tous les participants avant la rencontre d’entrevue avec la chercheure. Étant donné le petit nombre de répondants, tous les résultats de cette

¹⁰⁶ Voir l’annexe C pour le questionnaire sociodémographique.

enquête ne seront publiés que de façon agrégée, ce qui empêchera l'identification de qui que ce soit.

4.3. La population à l'étude et processus de recrutement

Les paragraphes suivants offrent une description des principales caractéristiques de notre échantillon, des critères d'inclusion et d'exclusion de participation à la recherche ainsi qu'une explication du processus de recrutement.

4.3.1. L'échantillon

Les participants de ce projet de recherche sont des hommes militaires ayant un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) relié aux déploiements dans le cadre de leur service militaire ainsi que d'un diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance (TUS). Ces militaires ont reçu des traitements pour ces conditions par divers professionnels de la santé mentale et par différentes modalités thérapeutiques (soit en individuel et en groupe) offertes à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

Puisque cette recherche cible une population de volontaire possédant des caractéristiques très précises afin de bien étudier le phénomène du fonctionnement social chez les militaires atteints d'un TSPT-TUS, notre échantillonnage n'est donc pas probabiliste.

Nous avions, comme objectif initial, prévu la participation d'environ quinze à vingt participants pour atteindre une saturation empirique des données. Toutefois, le recrutement de participants correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion et ayant accepté de participer à la recherche s'est avéré plus bas qu'anticipé (pour la période consacrée au recrutement de mai à novembre 2018).

Au total, nous avons réussi à recruter six militaires.

Puisqu'en recherche qualitative, l'importance peut être donnée à l'exploration, à la qualité des informations et aux expériences vécues des participants (Fortin et Gagnon, 2016), et étant donné que notre population cible est petite, difficile d'accès, et vulnérable, le point de saturation est devenu notre seul et unique critère de sélection pour le nombre de participants

recrutés. Cela s'est avéré particulièrement facile puisque notre échantillon de participants était relativement « homogène »¹⁰⁷.

Précisons, à cet effet, qu'afin d'être considérés pour notre recherche, les participants devaient répondre aux conditions suivantes :

1. Les militaires devaient avoir reçu des traitements à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier ;
2. Ils devaient avoir été diagnostiqués avec un trouble concomitant de TSPT et TUS selon les critères du DSM-5 ;
3. Ils devaient avoir eu recours à des soins pour le TUS et pour le TSPT ;
4. Au moment de l'entrevue, ils devaient être dans une phase de stabilisation¹⁰⁸ ;
5. Ils devaient soit avoir terminé ou être en voie de consolidation relativement au processus de traitements requis pour ces conditions¹⁰⁹.

Les participants étaient exclus de notre échantillon en fonction des critères suivants :

1. Les militaires avec un diagnostic de TSPT qui n'est pas en lien avec le travail militaire ou les déploiements au sein des FAC ;

¹⁰⁷ Avec la méthode qualitative et l'usage d'entrevues semi-dirigées, Mayer et ses collab. (2000) précisent que l'échantillon doit être relativement « homogène » pour atteindre une saturation empirique avec un nombre plus restreint de participants. En d'autres mots, l'échantillon utilisé doit posséder des caractéristiques communes ou partager une situation, une expérience similaire. À notre avis, les participants de notre recherche correspondent à la description d'un échantillon homogène. De surcroît, nos résultats indiquent que nous avons pu obtenir une saturation des données malgré notre échantillon restreint.

¹⁰⁸ Nous avons défini la phase de « stabilisation » comme étant la phase de maintien du processus thérapeutique suivant la phase de traitement actif des symptômes du TSPT-TUS. Ainsi, les participants devaient être avancés dans leur traitement du TSPT-TUS et être en mesure de gérer les émotions difficiles.

¹⁰⁹ À noter que certains participants : 1. continuaient de recevoir des services à la clinique de santé mentale pour d'autres types de problèmes, pour maintenir les acquis du traitement actifs du TSPT-TUS ; 2. terminaient les soins à la clinique de santé mentale avant d'être transférés dans des services civils (en lien avec la libération imminente des FAC).

2. Les militaires présentant un état de désorganisation psychosocial important ou de crise ;
3. Les militaires avec un diagnostic de traumatisme crânien toujours symptomatique ;
4. Les militaires incapables de se présenter à une entrevue sobre ;
5. Les militaires avec des symptômes psychotiques ;
6. Les militaires au début de traitement pour le TSPT-TUS.

Maintenant que nous avons exposé les critères d'inclusion et d'exclusion pour participer à la recherche, nous décrirons, ci-dessous, le processus de recrutement.

4.3.2. Le processus de recrutement

Dès l'approbation de ce projet de recherche par le comité d'éthique de l'Université Laurentienne et la confirmation du conseil de recherche en santé du médecin général des Forces armées canadiennes¹¹⁰, une présentation initiale du projet a eu lieu à la direction clinique et administrative de la clinique de santé mentale du centre de santé Valcartier (CSV). Ensuite, des présentations sur le projet de recherche se sont déroulées avec les différents professionnels de la santé travaillant à la clinique de santé mentale et du Centre de santé Valcartier. Au cours de la période de recrutement, des rappels hebdomadaires ont été effectués par courriel et lors de réunions à l'ensemble des professionnels de la santé du CSV.

Afin d'assurer le respect des critères de sélections et de simplifier le processus de référence, tous les professionnels de la clinique de santé mentale, incluant les médecins et les gestionnaires de cas, ont obtenu deux documents : le premier document expliquant les critères d'inclusion et d'exclusion des candidats potentiels, et le second, une lettre de présentation¹¹¹

¹¹⁰ Tout projet de recherche requérant la participation de militaires actifs des FAC doit demander l'autorisation de ce comité et de les tenir informer des résultats. La lettre de confirmation se retrouve à l'annexe F.

¹¹¹ Voir l'annexe D pour la lettre explicative remise aux participants.

remise aux candidats précisant la nature du projet de recherche et des instructions pour contacter la chercheuse. Grâce à cette lettre, les participants potentiels ont pu décider librement de participer ou non au projet, sans répondre directement à leur intervenant ou la chercheuse. Cette mesure assurait que les militaires ne ressentent aucune pression à participer à cette recherche — la relation avec leurs intervenants n'était aucunement menacée.

Tous les participants recrutés ont, en ce sens, été recommandés par un professionnel de la santé attestant de leur diagnostic, de leur état stable ou de leur phase de consolidation des traitements pour leurs conditions.

4.4. La méthode d'analyse des données

Après la transcription des verbatims des participants — qui se réfère à notre collecte de données, — le processus d'analyse de la méthode qualitative s'est déroulé en des phases successives de regroupements et de réductions des données, phases qui seront brièvement décrites ci-dessous.

Ce processus d'analyse par la méthode qualitative, tel que décrit par Bardin (2007), consiste en un processus de catégorisation qui se déroule en plusieurs phases « par lesquelles les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu » (p. 134).

Durant la première phase de regroupement des données, aussi appelé le processus de « codage » ou « de catégorisation », nous avons identifié des unités de signification. Ces unités ou codes pouvaient comprendre des bouts de phrases, des mots ou bien des sections de texte. Ensuite, au cours de notre deuxième phase ou deuxième relecture, nous avons alors regroupé ces unités en catégories dans le but d'illustrer les extraits évocateurs des participants (Mongeau, 2008).

Finalement, au cours de la troisième lecture, nous avons fait une dernière phase de réduction de catégories pour en arriver à des thèmes principaux. Durant cette dernière phase, nous avons fait en sorte que ces catégories représentaient de façon exhaustive le contenu de la pensée des participants en regroupant celles qui se recoupaient ou qui étaient redondantes.

En même temps, nous nous sommes assurés que les catégories étaient mutuellement exclusives ; c'est-à-dire, que les informations contenues dans chaque catégorie ne se retrouvent pas dans une autre catégorie.

Comme le montrera la description des résultats plus loin dans le chapitre 5, nous avons atteint la saturation des données. Si l'on se réfère à Mongeau (2009) concernant la saturation des données, il indique que :

[...] cette opération de réduction des données se termine lorsqu'il y a saturation, c'est-à-dire qu'elle se termine à la manière des entrevues lorsqu'il ne reste plus d'éléments à classer dans l'un ou l'autre des thèmes retenus. Autrement dit, on cesse la classification des extraits lorsque toutes les unités de signification retenues sont appariées à un thème et lorsque tous les éléments nouveaux peuvent être classés sans avoir à créer de nouveaux thèmes (Mongeau, 2009, p. 117).

C'est par l'application de ce concept de saturation que nous nous sommes appliqué à réduire nos données jusqu'à ce qu'il ne reste plus d'informations à classer et sans créer de nouveaux thèmes.

Aussi, pour nous permettre une gestion efficace de ces informations, nous avons comptabilisé le tout dans un document Excel.

Avant de conclure ce chapitre consacré à la méthodologie, il s'agit à présent d'aborder la question des limites rencontrées durant cette recherche.

4.5. Les limites méthodologiques

Si nous avons à nous prononcer sur les limites anticipées de ce type de recherche, nous dirions qu'elles renvoient au manque de généralisation des résultats. En effet, nos résultats ne pourront être généralisés à d'autres populations comme, par exemple, des femmes militaires avec un TSPT-TUS, ou à des hommes militaires avec un TSPT non lié au déploiement ou bien avec d'autres problèmes de santé mentale.

Bien que des précautions ont été considérées pour diminuer le risque de désirabilité sociale, le statut d'employée et d'intervenante de la chercheuse à la même clinique que les participants peut avoir induit un biais chez ces derniers : les participants ont possiblement dressé

un portrait positif des services, et cela, malgré leur expérience réelle. Il existe également un biais de la part de la chercheuse comme intervenante issue du milieu et qui possède sa propre perception et connaissance du TSPT-TUS. Nous pensons avoir minimisé ce risque en centrant notre attention sur les réponses données par les répondants et en les codifiant de manière systématique.

Aussi, il importe de rappeler que les données relèvent essentiellement de la perception des participants et de manière rétrospective. Elles portent tant sur les soins reçus que leur fonctionnement social actuel. À ce titre, et puisque les êtres humains ont une tendance naturelle à se percevoir et à se présenter sous une image favorable aux autres pour préserver l'estime de soi, il est possible que les participants aient sous-estimé leurs difficultés¹¹² (concernant leur consommation par exemple). Un biais inverse est également possible. On peut également imaginer, étant donné les symptômes dépressifs souvent associés au TSPT, que les participants peuvent percevoir leur fonctionnement social de façon plus négative qu'il ne l'est en réalité. De plus, il est possible que la perception actuelle du fonctionnement social (selon les rôles sociaux) des participants ait été influencée par une situation psychosociale récente non divulguée en cours d'entrevue.

Enfin, les participants de notre recherche étaient encore tous engagés dans différents soins (par exemple, un suivi psychiatrique, un suivi psychologique, etc.), et ce, depuis déjà plus d'une année à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Bien qu'ils aient pu répondre aux critères de la recherche, la démarche de traitement du TSPT-TUS demeure longue et la progression dans les traitements du TSPT-TUS variable. À l'exception d'un participant qui se préparait à retourner au travail, les autres envisageaient de continuer leurs démarches thérapeutiques après leur libération des FAC. Ainsi, les participants souhaitaient continuer à progresser dans leur traitement du TSPT-TUS. Leurs conditions entraînaient des hauts et des bas ainsi que de possibles rechutes. Les traitements n'étaient alors pas considérés comme complètement terminés.

¹¹² Voir dans Bédard, L., Désiel, J., et L. Lamarche (2017). *Introduction à la psychologie sociale : Vivre, penser et agir avec les autres*, 4^e édition. Montréal : ERPI Sciences Humaines, 300 p.

Si la méthodologie rigoureuse de notre recherche nous permet de rapporter, avec certitude, nos résultats, la nature exploratoire de ce même projet, toutefois, nous oblige à la prudence : tout en tenant compte des faiblesses méthodologiques exposées plus haut, plus de recherche sur le sujet est manifestement nécessaire.

Maintenant la méthodologie expliquée, le chapitre 5 qui suit porte sur la description des résultats obtenus au cours de cette recherche.

CHAPITRE 5

DESCRIPTION DES RÉSULTATS

Dans le présent chapitre, nous présenterons les résultats de notre recherche effectuée auprès des militaires ayant reçu des traitements pour un trouble concomitant de stress post-traumatique et d'utilisation de substance à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

Les six participants rencontrés en entrevue nous ont permis de colliger de nombreuses données liées aux conséquences du TSPT-TUS sur les rôles sociaux, sur la contribution des traitements reçus pour le TSPT-TUS et sur les difficultés qui persistent malgré leurs participations à des soins.

Sur le plan de l'ordonnancement de l'argumentaire, nous débuterons ce chapitre par la description du profil sociodémographique des participants selon les informations obtenues à l'aide d'un questionnaire prévu à cet effet. Ensuite, nous présenterons les cinq thèmes obtenus lors de notre processus d'analyse des entrevues par la méthode traditionnelle utilisée pour la description des résultats. Nous traiterons, dans l'ordre, chacun des thèmes suivants : le contexte relatif à la reconnaissance du problème, les conséquences associées au TSPT-TUS, les traitements reçus, les difficultés persistantes identifiées malgré les traitements et finalement, les recommandations et les suggestions proposées par les participants pouvant améliorer l'aide et les services aux militaires souffrant d'un TSPT-TUS. Aussi, pour chacun de ces thèmes, nous décrirons les catégories utilisées et la saturation obtenue. Pour bien illustrer les résultats obtenus, plusieurs extraits d'entrevues viendront appuyer nos propos tout au long de ce chapitre.

Avant d'entreprendre la description des résultats obtenus des entretiens, nous désirons souligner ici que tous les participants ont eu l'occasion de s'exprimer ouvertement, et ce, même si les entrevues étaient de nature semi-dirigée. Enfin, pour faciliter la lecture et la compréhension de ce chapitre, nous avons décrit et catégorisé les résultats en faisant référence à l'ordre des questions de la grille d'entrevue (annexe B).

5.1. Profil sociodémographique des participants

Tous les participants devaient remplir un questionnaire sociodémographique (annexe C) avant l'entrevue semi-dirigée. Et cela, dans le but de recueillir des informations nous permettant de définir les caractéristiques de notre échantillonnage, dont : 1. l'état civil actuel et la durée de la relation conjugale ; 2. l'âge et le nombre d'enfants ; 3. le dernier niveau d'études complété ; 4. le nombre d'années de service dans les Forces armées canadiennes (FAC) ; 5. le nombre et l'endroit de déploiement auxquels ils ont participé. Nous y avons également recueilli des informations concernant les types de traitement et les modalités de soins reçus à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

Afin de préserver l'anonymat des participants, nous avons choisi de ne pas indiquer les grades et ni les corps de métier dans notre description des résultats. L'âge des participants, tous des hommes, se situait entre 32 et 45 ans, pour une moyenne de 38 ans. Ces militaires cumulaient entre dix et 26 années de services, soit environ 17 années de carrière militaire.

Concernant le dernier niveau d'étude complété, sur les six participants, quatre ont un diplôme d'études secondaires, un participant possède un diplôme au niveau collégial et un au niveau universitaire.

Tous les répondants ont indiqué être, soit conjoint de fait ou marié, au moment de l'entrevue. La durée des relations conjugales varie entre deux et neuf ans. De plus, certains participants ont indiqué avoir vécu une rupture conjugale antérieure lors d'un retour de mission. Des six participants, quatre ont des enfants, dont trois d'entre eux ont deux enfants. L'âge des enfants varie entre de moins d'un an jusqu'à 21 ans.

5.1.1. Participation à des déploiements au cours de la carrière militaire

À propos des déploiements effectués par les participants au cours de leur carrière militaire, on observe que la majorité (quatre participants sur six) a participé à plus de deux déploiements alors que deux ont été déployés une fois. Nos participants ont globalement participé à six missions différentes, certaines de maintien de la paix, d'aide humanitaire ou de combat. Aussi, tous les participants ont rapporté avoir fait au moins une mission en Afghanistan.

Trois d'entre eux ont deux missions en Afghanistan à leur actif. La durée moyenne d'une mission ou d'un déploiement est généralement de six mois, mais peut parfois s'étendre jusqu'à une période de 10 ou 11 mois.

Voici en ordre chronologique, le nom et les années des opérations des FAC dans lesquelles nos répondants ont participé¹¹³ :

- Bosnie-Herzégovine (ex-Yougoslavie) de 1995-1999 ;
- Haïti ¹¹⁴ (Opération Constable) de juillet à novembre 1997 ;
- Timor oriental (Opération TOUCAN) d'octobre 1999 à avril 2001 ;
- Afghanistan (Opération ATHÉNA) d'octobre 2001 à mars 2014 ;
- Haïti (Opération Hestia) de janvier à avril 2010 ;
- Libye (Opération MOBILE) de février à octobre 2011 ;
- Koweït (Opération IMPACT) a débuté en 2015 et est toujours en cours au moment de la rédaction de ce mémoire.

5.2. Description des résultats obtenus des entrevues semi-dirigées

Le tableau suivant regroupe les thèmes ressortis de l'analyse du contenu des entrevues effectuées avec les participants de la recherche. Six thèmes regroupent l'ensemble de l'information codifiée : **reconnaissance du problème, conséquences associées aux TSPT-TUS, traitements reçus, difficultés persistantes malgré les traitements, observations et recommandations.**

¹¹³ Informations disponibles sur le site suivant : <http://www.forces.gc.ca/fr/operations/passees.page> (Page consultée le 6 juin 2017).

¹¹⁴ Les FAC se sont déployées à plusieurs reprises en Haïti pour des missions diverses. Les participants ont indiqué avoir participé à deux missions différentes soit : l'Opération Constable de juillet à novembre 1997 lors de la transition du gouvernement haïtien et l'Opération Hestia pour de l'aide humanitaire suite au séisme. Nous les avons réunis pour simplifier le texte.

Dans le but de signaler l'atteinte de la saturation, le tableau montre aussi, par un symbole qui s'apparente à un point puce (•), que chaque répondant a abordé chacun des thèmes présentés. Étant donné que les thèmes sont le résultat de nos questions utilisées lors de l'entrevue (annexe B), l'atteinte de saturation est donc peu surprenante.

Tableau 5 Taux de saturation selon les thèmes

Participants	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Thèmes						
Reconnaissance du problème	•	•	•	•	•	•
Conséquences associées aux TPST-TUS	•	•	•	•	•	•
Traitements reçus	•	•	•	•	•	•
Difficultés persistantes malgré les traitements	•	•	•	•	•	•
Observations et recommandations	•	•	•	•	•	•

5.2.1. La reconnaissance du problème

Les questions initiales de l'entrevue avaient pour but de connaître depuis quand les participants considéraient avoir un problème lié aux substances et au stress post-traumatique, et ensuite, du moment où ils ont reçu ces diagnostics. Ces questions ont amené les participants à élaborer des réponses que nous avons regroupés sur le thème **reconnaissance du problème**. Ce thème contient les catégories suivantes : *prises de conscience du problème, motif de la demande d'aide et perception négative de la demande d'aide*.

Ces catégories décrivent la façon dont les participants en sont venus à prendre conscience des problèmes de trouble de stress post-traumatique et du trouble d'utilisation de substance ; des motifs qui les ont poussés à consulter les services en santé mentale ; des perceptions négatives liées à la demande d'aide et du moment où ils ont obtenu ces diagnostics en réponse à la demande d'aide dans les services de santé mentale.

Thème	Catégories	Participants					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
Reconnaissance du problème	– prise de conscience du problème	●	●	●	●	●	●
	– la demande d’aide	●	●	●		●	●
	– diagnostic	●	●	●	●	●	●

La prise de conscience du problème

Tous les participants ont spontanément abordé les difficultés liées à *la prise de conscience du problème*. La capacité à prendre conscience que l’on peut avoir un problème constitue la première étape en vue : 1. d’adresser la situation rapidement ; 2. de mobiliser le soutien nécessaire comme, à titre d’exemple, les services spécialisés en santé mentale.

Par contre, la capacité de reconnaître les premiers signes d’un problème de TSPT ou de TUS ne s’est pas traduit en demande d’aide immédiate pour les participants. Plusieurs ont, en cela, indiqué qu’avec le recul, ils peuvent (au moment de l’entrevue) affirmer que les manifestations de TSPT et du TUS étaient présentes depuis le retour de mission. Pour certains, les manifestations ont émergé dès leur participation à une première mission.

Que j’ai remarqué les premiers signes et symptômes genre du post traumatisme ? Bien euh avec du recul, *d’rette* la première mission pis au retour, mais c’est là que j’peux dire ça parce qu’à ce moment-là, moi j’étais convaincu que j’avais pas de stress post-traumatique... [...] Mais y commençait déjà à avoir beaucoup de signes, mais j’les connaissais pas pis j’ne voulais pas les voir... euh, j’faisais du déni fac que moi, tout allait bien. (Participant 6, p. 2)

J’ai réalisé qu’avec la thérapie là, que ça faisait plus longtemps que j’pensais que j’avais un problème. (Participant 5, p. 1)

Pour certains, ce sont les conjointes qui leurs ont fait part des changements observés.

... ça été ma conjointe de l'époque. Elle a remarqué là euh de façon flagrante là, l'augmentation d'ma consommation d'alcool. Ma personnalité avait aussi changé là, j'étais beaucoup plus euh.. pas agressif là, mais j'étais plus stressé, j'avais des tics, j'étais hypervigilant. (Participant 3, p. 1)

La demande d'aide

La demande d'aide fait référence au moment où le participant a effectué sa demande d'aide dans les services de santé mentale à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Presque tous les participants (cinq participants sur six) ont abordé les motifs ou les raisons qui les ont convaincus à demander de l'aide dans les services de santé mentale malgré leur perception négative associée à celle-ci.

Ainsi, chez plusieurs participants, demander de l'aide demeure, à ce jour, associé à une image de faiblesse.

Parce que quand t'é euh... position de faiblesse comme qu'on est dans ces situations là ou de... c'est pas faiblesse le mot, mais de vulnérabilité, comme on est... on n'ose pas euh.. tsé on est militaire hein ! On n'ose pas demander euh ça fait aussi un peu parti de l'ego, euh ça fait partie du pattern euh ché si ça, ça s'appliquerait à n'importe quel homme-là ou femme. Bin dans peau d'un militaire ou une militaire, mais surtout homme le militaire homme, bin l'orgueil... euh, on demande pas d'aide dans l'armée, on demande pas ça on parle de faiblesse. (Participant 6, p. 11)

Dans mon cas c'est beaucoup de ma faute, ça été long avant que j'consulte, pis j'crois que c'est pas un problème de conscientisation pis c'est pas un problème de gêne... je le sais pas. (Participant 3, p. 11)

La crainte que la demande d'aide puisse entraîner des conséquences sur leur carrière demeure aussi un frein significatif. Un participant, par crainte des répercussions possibles, telles qu'une libération des FAC, a d'ailleurs indiqué avoir consulté à deux reprises à l'extérieur du système de santé des FAC.

J't'allé chercher de l'aide, euh.. en dehors des forces, parce que dans c'temps-là, si tu avais un problème... euh... tu sortais, fac que je suis allé chercher de l'aide ailleurs. (Participant 4, p. 1)

Pour la presque totalité des participants (cinq participants sur six), ce n'est pas une décision personnelle qui les a motivés à consulter dans les services de santé mentale. Les participants ont rapporté qu'une personne significative, soit leur conjointe ou des amis militaires également atteints de TSPT, les ont fortement encouragés à faire une demande d'aide. Aussi, trois des participants affirment qu'ils n'auraient probablement jamais demandé de l'aide de leur propre initiative.

C'qu'y est dans mon cas, c'est deux trois collègues de travail qui m'ont dit : là ça marche pu... Ok j'va le faire... tsé parce que sur les deux trois, bin y'en avait deux qui avaient passé par le processus pis qui savaient que j'en avais de besoin. (Participant 3, p. 13)

Sinon si j'avais pas été poussé, stimulé à aller [consulter], j'aurais pas cherché plus... (Participant 6, p. 14)

Une autre source de motivation à consulter dans les services de santé mentale provient de la crainte de rupture de la relation conjugale ou de la famille.

Parce que j'voulais pas perdre ma conjointe ! C'est ma motivation... de demander de l'aide à ce moment-là.. (Participant 6, p. 3)

Suite à la demande d'aide, certains participants ont indiqué qu'ils ne savaient pas nécessairement de quoi dont ils pouvaient souffrir. Ce n'est que lors de la consultation en santé mentale qu'ils ont affirmé avoir mieux compris ce qui se passait en eux.

Quand je suis revenu de mon dernier tour hum là, je savais que j'étais au bout là, pis j'commençais déjà à venir de plus en plus au CSV¹¹⁵, on a fait plein test [...] tous les tests que tu veux faire, hum parce que j'avais des étourdissements, de la haute pression, j'tais pas capable de me concentrer j'dormais pas, on a fait le tour de tout sauf... santé mentale. (Participant 2, p. 9)

¹¹⁵ Centre de santé Valcartier.

... quand j'ai entré sur le GBSO¹¹⁶ février (on pourrait dire 2016)... tsé dans le fond après ma première rencontre ici avec un intervenant pour savoir où m'envoyer là.... c'est à partir de là qu'après mon premier rendez-vous au GBSO que je me voyais... que là j'ai pris connaissance du problème on pourrait dire. (Participant 1, p. 1)

Le diagnostic

Enfin, la catégorie *diagnostic* représente les réponses des participants se référant à l'année où leurs diagnostics de TSPT-TUS auraient été établis.

Dans les services en santé mentale, l'obtention d'un diagnostic médical est une étape importante qui permet l'orientation des soins et des services spécialisés du militaire. Par exemple, les participants ont, pour la plupart, reçu leurs diagnostics entre 2011 et 2016. Pourtant, les missions auxquelles ils ont participé se sont déroulées entre 1992 (ex-Yougoslavie) et la plus récente, en 2015 (Koweït)¹¹⁷.

Nous avons noté, d'après les dires des participants, qu'il existe un délai de plusieurs années entre la prise de conscience du problème, la demande d'aide et l'obtention d'un diagnostic médical de TSPT-TUS pour tous les participants (six participants sur six).

... j'ai vraiment embarqué dans le processus là, j'vous dirais là que j'suis revenu en 2009 pis j'ai commencé là en 2016, si j'me trompe pas, donc 8 ans plus tard. (Participant 3, p. 2)

Nous avons aussi noté que le diagnostic du TUS semble être identifié plus rapidement que celui du TSPT chez nos participants.

Les premiers docteurs que j'ai vu humm pour la toxicomanie c'était automatique, c'était humm j'pense le lendemain ou deux jours après que chu venu chercher de l'aide. (Participant 2, p. 9)

¹¹⁶ Groupe de Blessure de Stress Opérationnel (GBSO) est un groupe psychoéducatif de 6 séances qui a pour objectif d'expliquer l'ensemble des manifestations possibles du stress lié aux opérations militaires dont le TSPT. Ce groupe est offert à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

¹¹⁷ Voir section la 5.1.1. du présent chapitre pour connaître les dates des opérations militaires indiquées par les participants.

En d'autres mots, reconnaître les signes et les symptômes possibles d'un TSPT-TUS n'est pas si évident pour les militaires.

Nos résultats ont ainsi mis en lumière un délai significatif entre la reconnaissance d'un problème et la demande d'aide dans les services de santé mentale. Dans les faits qui nous ont été rapportés, lorsque les participants ont reçu un diagnostic médical confirmant le TSPT-TUS, plusieurs années se sont écoulées entre l'apparition des symptômes et le diagnostic. Fait étonnant, ce sont les membres de l'entourage qui semblent être les premiers à reconnaître les difficultés de nos participants. Ces membres de l'entourage jouent en cela un rôle central dans l'initiation de la demande d'aide.

5.2.2. Les conséquences associées aux TSPT-TUS et les rôles sociaux

Nous avons ensuite demandé aux participants si le fait d'être atteint d'un TSPT-TUS avait, selon leurs perceptions, eu des répercussions sur la capacité d'accomplir les rôles sociaux suivants : rôle au travail, rôle de parent, de conjoint, avec la famille élargie, comme ami et finalement, comme collègue. Bien que l'ensemble des rôles leur a été présenté, les participants s'exprimaient spontanément sur les rôles qu'ils souhaitaient aborder. Rappelons ici que tous les participants sont conjoints de fait ou mariés et que deux participants n'ont pas d'enfant. Le rôle de parent ne s'applique donc pas pour eux.

Le tableau du thème **conséquences associées aux TSPT-TUS** illustre les catégories suivantes : *l'automédication*, *le rôle « conjoint »*, *le rôle « parent »*, *le rôle « travail »*, *le rôle « autre »*, *aux conséquences non associées à un rôle spécifique* et *de l'incapacité à se confier*.

On constate, grâce à ce tableau, que tous les participants ont affirmé que le TSPT-TUS avait entraîné des conséquences dans plusieurs rôles sociaux. Dans l'ordre, les rôles sociaux problématiques les plus fréquemment identifiés par les participants sont les suivants : 1. le rôle

de conjoint (6/6) et le rôle de parent (4/4)¹¹⁸ ; 2. le rôle au travail (5/6) et finalement ; 3. les autres rôles sociaux réunis (c'est-à-dire, de la famille élargie et d'ami) pour quatre participants sur six.

Thème	Catégories	Participants					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
Conséquences associées aux TPST-TUS	– l'automédication	●	●	●			●
	– le rôle « conjoint »	●	●	●	●	●	●
	– le rôle « parent »	●	●	S.O.	●	S.O.	●
	– le rôle « travail »	●	●	●		●	●
	– le rôle « autre »		●	●	●		●
	– non associées à un rôle spécifique	●	●	●	●	●	●
	– incapacité à se confier	●	●	●	●	●	

L'automédication

Plusieurs participants, mais pas tous (quatre participants sur six), ont rapporté un lien entre l'apparition des symptômes de TSPT et l'utilisation inappropriée de substance à titre d'automédication. Pour ces derniers, l'utilisation de substance a été la stratégie initiale de gestion des manifestations de TSPT. Dans cette catégorie, nous avons inclus les réponses indiquant l'utilisation d'une substance (ou autres comportements addictifs incluant le jeu) comme moyen de réponse à une situation, à un symptôme ou un état émotionnel relié avec le TSPT.

Les participants ont indiqué avoir utilisé l'alcool, par exemple, pour diminuer les symptômes du TSPT, dont le trouble du sommeil, les cauchemars et les reviviscences.

¹¹⁸ Nous désirons rappeler que sur les six participants, seulement quatre sont parents. Ainsi, le rôle de parent ne s'applique pas pour deux d'entre eux.

Mais quand elle va se coucher bin là, j'vais, c'est pas que j'vais prendre beaucoup de bière, ou le vin, mais c'est que là j'va le caller, j'veux vraiment m'assommer.. mmm... pour être capable de m'endormir parce que, bin parce que j'fais des cauchemar, parce que dans ma tête j'me comme j'le verbalise c'est j'repense encore à des souvenirs qui m'reviennent à des images qui m'reviennent fac que faut que j'deal avec ça.. fac que oui j'me cache. (Participant 6, p. 4)

De plus, la prise d'alcool est également un moyen contribuant au maintien de l'évitement des symptômes de TSPT.

Quand j'parle de processus exemple là, euh l'évitement, bin moi j'ai beaucoup beaucoup beaucoup euh préconisé l'évitement euh, mais pour faire l'évitement c quoi j'faisais ? bin m'hyperactivais pis quand l'hyperactivation marchait pu parce que j'm'en venais brûlé. Bien là, j'embarquais dans l'alcool fac que comme ça, j'ai jamais affronté le problème, j'ai tout le temps éviter de tourner le problème. (Participant 3, p. 12)

La majorité des participants ont fait usage d'alcool (et autres comportements addictifs incluant le jeu) comme stratégie de régulation des symptômes de TSPT. À ce titre, nous avons été surpris de constater que deux participants n'ont pas fait mention de l'utilisation de substances comme automédication. Nous allons revenir sur ce constat dans notre analyse de nos résultats.

Le rôle de conjoint

Les participants ont rapporté plusieurs difficultés conjugales associées au TSPT-TUS. Les excès de consommations ont été ciblés comme déclencheurs fréquents de conflits et de chicanes dans le couple. De plus, ils reconnaissent que les difficultés de gestion émotionnelle, dont l'irritabilité, l'impatience et l'agressivité verbale envers leur conjointe, ont nui à la communication et à la résolution de conflit. Ils affirment avoir fait beaucoup « subir » à leur conjointe.

... euh le problème que ça pu avoir eu c'est la consommation avec jeu c'est de... c'était côté familial ça amenait peut-être beaucoup de sujets de discorde avec ma conjointe. (Participant 1, p. 4)

Quand que je suis revenu humm. spécialement de mon deuxième tour la humm. J'aimais mieux être tout seul, j'aimais mieux boire pour m'échapper humm, de mes responsabilités mettons.. hum.. j'trouvais ça plus facile d'aller boire revenir à maison, pis avoir une chicane avec elle [conjointe] que d'aller à maison avoir une chicane pis aller boire. Parce qu'en revenant ben chaud, j'tais comme *fuck all*. Mais si je le faisais pas avant là [...] j'étais, on va dire verbalement abusif là, j'étais vraiment euh.. j'disais vraiment pas des belles affaires. (Participant 2, p. 4)

Bin le plus souvent ça va être un désaccord entre moi et ma conjointe ça peut devenir, ça peut devenir un conflit... pas en conflit majeur là sauf que ça rend la vie de tous les jours dans maison un p'tit peu plus difficile là pis d'habitude ont fini par euh.. s'arrêter s'en parler. (Participant 5, p. 7)

Pour un participant, les manifestations de TSPT-TUS ont contribué à la rupture d'une relation de couple antérieure.

J'tai entrain de me séparer là.. **Est-ce que ça l'a [le TSPT-TUS] eu un lien avec la séparation ? (chercheure)** Ouin. avec mon stress post traumatique... J'tais agressif dans c'temps là, j'tais agressif, j'buvais s'fac que c'tais pas euh ça l'aide pas la situation. Dans c'temps là avec ma conjointe ça allait pas bien. (Participant 4, p. 2)

Les participants ont partagé aussi que leurs conjointes ont dû adapter leur style de vie et leur vie sociale en fonction des manifestations de TSPT-TUS.

Fac qu'avec ma conjointe humm on sort beaucoup moins, euh si on sort euh c'est tout le temps hum des places préétablies hum des places qu'on a déjà été à des heures non achalandées (Participant 2, p. 7)

C'est elle qui a subi là les foudres du PTSD pis de l'alcool, pis on se cachera pas quand que j'avais une crise... pas une crise, mais si j'avais un flash-back ou une situation qui se passait là souvent j'ai des problèmes pour des odeurs ou des.. fac qu'quand j'avais une odeur on venait de me perdre pour la journée (Participant 3, p. 6)

Tsé les premiers signes qu'j'ai vu c'est comme avec ma conjointe, on est allé aux pommes l'année passée c'est là, pas longtemps avant que j'tombe en arrêt de travail, c'était en septembre... on est allé cueillir euh des pommes comme toute bonne famille font à temps-ci de l'année pis euhh j'ai j'étais pas capable de rester dans le monde, j'tais pas capable de... j'me suis isolé euhh j'cherchais tous les moyens possible imaginable pour euhh... j'faisais de l'évitement, c'qu'on appelle de l'évitement, euh tsé j'capable de le nommer là tsé, maintenant c'qui change bin chu capable d'y dire « écoutes,

j'fais d'l'évitement parce que les foules pis les groupes vient me faire des *triggers* euh ou bien d'activé mon PTSD ». (Participant 6, p. 8)

Selon les dires des participants, les conjointes ont dû assumer une plus grande partie des responsabilités, des obligations et des tâches domestiques, alors qu'ils éprouvent des difficultés avec la consommation et la gestion des symptômes de TSPT.

J'dormais tous mes après-midi euh ma conjointe arrivait pis tout ce qu'à voyait elle s'est pas que j'aille fais des thérapies pis que j't'ai fatigué pis que y fallait que j'récupère parce que mes batteries étaient à terre depuis comment d'année, tout c'qu'à voyait [...] pour elle j'ai dormis tout l'après-midi, j'ai rien fais de bon dans la maison pis là faut faire le ménage, faut faire ci faut faire ça. Tsé ma femme y'a fallu qu'elle prenne over beaucoup pis tsé j'aurais pu autant la tsé c't'encore dure la tsé aussitôt que j't'un (reprise) j't'un peu fatigué à cause de mes symptômes bin elle à prend le dessus. (Participant 1, p. 12)

[...] traîner une tâche que j'aurais pu faire en une demi-journée en 1 semaine parce que j'dis à ma blonde, oui j'va le faire, j'va le faire, mais j'ai joué au jeux vidéos ou j'suis fatigué parce que j'me suis couché à 2 heures du matin et j'me suis endormis sur le divan parce que j'me suis soûlé la veille. (Participant 6, p. 4)

Ces difficultés, associées au TSPT-TUS, ont eu des répercussions importantes sur la capacité d'expression affective et l'intimité sexuelle dans le couple.

[...] l'sex drive y'é pas là, comme du tout... c'est plus difficile. (Participant 2, p. 7)

On a eu une période morte là de sexualité-là qui a été là un bon moment qui n'avait pas (mmm) euh... y'avait beaucoup de frustration de part et d'autre. (Participant 3, p. 9)

[...] au début c'qui a été le plus pénible pis c'qui failli toute brisé dans l'couple c'était quand chu tombé dans les jeux pis dans l'alcool pis que je j'me suis isolé, elle a dit « j'ai pu accès à l'homme que j'aime t'es là physiquement, mais t'es pas là ». (Participant 6, p. 7)

En résumé, on comprend que les participants éprouvent des difficultés dans leur rôle de conjoint et ceci affecte la vie conjugale. Les participants rapportent la présence de conflits et de problèmes de communication, mais aussi des modifications de la vie de couple entraînées par les symptômes du TUS-TSPT : la présence de l'hyper-responsabilisation de la conjointe dans la vie domestique et d'une perte d'intimité dans la vie de couple.

Le rôle de parent

Tous les participants ont rapporté des difficultés dans l'exercice de rôle de père.

À cet effet, il peut s'avérer utile de se rapporter à la définition du CFPE que nous avons présenté dans le chapitre 3. Dans le segment en question, nous précisons que le rôle de parent comporte un ensemble de responsabilités qui visent, par exemple, à assurer le développement normal et la socialisation des enfants. Ce rôle consiste, entre autres, à répondre aux besoins de soins, de protection, d'éducation, de discipline et d'affection des enfants (Tremblay, 2002).

Or, puisque tous nos participants vivent en couple, le rôle de parent ne semble ainsi pas complètement dissocié du rôle de conjoint. Il est vrai que les conjoints, dans leur rôle respectif de parent, peuvent se partager les tâches associées aux soins et à l'éducation des enfants. Par contre, le rôle de parent se distingue de celui de conjoint dans la mesure où chacun des parents est responsable d'établir une relation d'attachement à l'enfant et de répondre aux besoins de ce dernier.

Les participants ont, en cela, indiqué avoir des limitations importantes dans leur capacité à répondre aux besoins affectifs et d'attention de leurs enfants. L'envahissement des participants par les symptômes de TPST-TUS, comme la fatigue, l'anxiété et les revivances, les rendent moins disponibles à répondre aux besoins des enfants.

Pis à chaque fois que j'voyais mon gars (se racle la gorge inspire et expire laisse couler des larmes) ça me ramenait, humm, à des places où c'que je voulais pas être... [...] j'aimais mieux être tout seul, j'aimais mieux boire pour m'échapper, humm, de mes responsabilité mettons (Participant 2, p. 4)

Devant les difficultés des participants à assumer complètement leur rôle de père, les participants ont reconnu que les conjointes ont assumé une plus grande partie des responsabilités parentales :

Ça t'apporte à avoir des difficultés à gérer tes émotions ça veut dire que aussi tes interactions avec les autres humains dont ma conjointe, la p'tite fac que moins de patience beaucoup moins de patience avec mon enfant qui demande de l'attention pis que j'pas en mesure d'y donner... c'est difficile (Participant 6, p. 10)

Moi les enfants y sont toujours vivants y'arrive toujours de l'école tsé fac que tsé moi j'tépuisé j'arrive de ma rencontre bin tsé ma femme y'a fallu qu'elle prenne over beaucoup pis tsé j'aurais pu autant la tsé c't'encore dure la tsé aussitôt que j't'un (reprise) j't'un peu fatigué à cause de mes symptômes bin elle à prend le dessus, mais j'me demande un jour est vas-tu c' tanner de tout le temps être là pour euh tsé elle aussi peut-être qu'à aimerait ça prendre un break pis tsé (Participant 1, p. 12)

L'impatience, l'irritabilité et les excès de colère ont un impact sur le style d'autorité parentale exercé, qui se rapproche alors, selon les dires des répondants, d'un style autoritaire et plus rigide.

Le gros du stress est arrivé au deuxième [enfant] on pourrait dire, tsé on allait à un au deuxième... tsé j'ai pas beaucoup d'patience pis une couple de fois, ma conjointe à se demandait pourquoi je criais pis euh... [...] côté colère tsé c'était gérer qu'avant, ils [les enfants] échappaient une fourchette par terre pis je criais au meurtre comme si c'était la fin du monde... comme s'ils venaient de casser tout dans la maison [...] y a été un bout que j'étais plus directif pis fallait que ça marche à ma manière pis y avait pas de négociations on pourrait dire. (Participant 1, p. 3)

Devant les difficultés du militaire atteint de TSPT-TUS, les conjointes compensent pour les limitations de ce dernier dans son rôle de père et assument une part plus grande des responsabilités parentales.

Le rôle au travail

La majorité des participants ont indiqué que le TSPT-TUS a eu des impacts dans leur rôle au travail. Dans cette catégorie, nous avons regroupé les commentaires des participants touchant leur capacité à effectuer leurs tâches militaires, les relations interpersonnelles avec les collègues et la chaîne de commandement militaire.

Ce qui ressort en force, c'est que l'utilisation excessive d'alcool a un impact direct sur la capacité des participants à effectuer leurs tâches au travail :

Si on commence là par ce qui est du travail ? Bin souvent, s'il y avait une soirée la dans la semaine que y'avait une consommation d'alcool, bin c'est sûr que le lendemain j'étais beaucoup plus irritable j'étais beaucoup plus irritable, j'étais beaucoup moins concentré. Ça paraissait sur mon humeur par rapport, à travers mes collègues pis mes subordonnés, euh la patience était moins là euh... j'avais beaucoup euh plus d'exigence euh la journée était évidemment plus difficile là. Tsé quand on arrive là, dans l'après-midi souvent on va avoir un rush le matin qu'ça va bien là pis après ça on arrive après l'dîner là, qu'on a un *shut down* là. (Participant 3, p. 3)

Là je buvais tout le temps, j'buvais à job, j'buvais euh.. chez des amis, j'allais au bar tout seul euh.. j'allais dans le bois tout seul j'buvais... j'avais de la boisson cachée partout humm... même à l'ouvrage, on allait dans le clos euh j'buvais'avais faite une demande de changement de métier pis, j'pensais qu'en sortant d'ici, en changeant le rôle, en changeant c'est quoi j'allais faire et où c'que j'allais le faire [...] j'avais demandé mon changement de métier en passant que ça allait tout changer. (Participant 2, p. 5)

Plusieurs ont indiqué ne plus être en mesure de fonctionner dans l'environnement militaire, de composer avec les responsabilités et le stress ou de se soumettre à l'autorité de leur chaîne de commandement.

Un moule avec une chaîne de commandement avec l'autorité, j'ai commencé là à feeler de même au début dans l'mois de janvier là euh... j'ai comme perdu toute là euh.. quelques habiletés de me faire diriger par quelqu'un d'autre là euh... j'pus capable d'accepter ça là, j'sais pas pourquoi c... dans ma tête là, ça s'est passé comme ça. Facque d'la misère avec l'autorité. (Participant 5, p. 8)

[...] être capable là de diminuer le stress, la pression qu'on se met parce que peu importe là en tant que sergent là, on est accablé de tâches là, on a le dos large fac que, un moment donné être capable de moins tout prendre, se sentir responsable là du manque de personnel. (Participant 3, p. 8)

L'ensemble des participants ont dû accepter un arrêt de travail durant leur traitement pour le TSPT-TUS. Bien qu'ils conviennent que l'environnement de travail militaire puisse être une source de stress important pendant leur traitement, ils rapportent qu'accepter cette décision est difficile, car elle implique des pertes significatives sur le plan de la progression de la carrière militaire, en plus de générer de l'incertitude concernant un retour futur au travail. Dans cet esprit, un participant décrit une incompatibilité entre ses besoins lors de son traitement vs les besoins de son milieu de travail.

Quand tu tombes en arrêt de travail, tout c'que tu penses c'est qu'est-ce qui se passe dans ma vie ! Tout s'écroule [...] ma carrière, qu'est-ce qui va se passer ? Moi, j'm'en allais adjudant... j'tais sergent, j'm'en allais adjudant, c'tais ma carrière avant tout, pis du jour au lendemain, j't'en arrêt de travail. Déjà juste être en arrêt de travail ça m'a demandé euh ça tout demandé, j'peux pas être une deuxième fois en arrêt de travail après dans ma carrière. (Participant 6, p. 12)

Aussitôt que tu recommences à mettre le pied à l'unité tranquillement pas vite tsé, eux, y viennent comme nous dire de tout oublier du fait que t'arrêté le travail pis que là, t'a des suivi... pis tsé tu sens une pression de l'interne pour que tu reviennes le plus vite possible « FIT ». Tsé, ils veulent te remettre sur des tâches, ils prennent pas le temps réellement de.. comment j'pourrais dire ça... ils prennent pas le temps de de considérer que toi là, quand t'es à 4 jours/semaines là, bin pour eux autres, la demi-heure de plus bin on a des rendez-vous, on des examens à faire... t'as beaucoup de rencontre... tsé moé faisait beaucoup d'exposition. Après ton rendez-vous t'es fatigué tsé ça se peut qu't'ai une journée de besoin de sommeil parce que moé j'ai été un bon 3-4 mois j'dormais à tous les jours sur l'heure du mi (reprise) dans l'après-midi ça j'tai épuisé mentalement physiquement avec mes traitements fac quand t'es au travail pis qu'il te voit à tous les jours, bin le fait tsé après un mois là il t'voit à tous les jours fac eux autres ils prennent comme pour acquis que : « Ah t'es revenu, tout est beau » pis y te redonne des tâches pis tsé sont demandant. (Participant 1, p. 9)

Certains ont indiqué avoir fait le constat des difficultés à répondre aux responsabilités et obligations du travail militaire avant l'arrêt de travail. Dans leurs propos, ils soulignent vivre une perte de confiance et de compétence dans leur capacité actuelle à effectuer le travail militaire.

Bin au niveau travailleur, ça commencé avec une grosse perte de confiance dans mes attributs pis ces choses comme ça là, parce que qu'y a eu du stress qui a embarqué : l'angoisse euh l'habileté à faire le travail, un travail qui est assez demandant quand même, de travailler devant euh conseiller des commandants ou des choses comme ça, fac que c'est vraiment que chu juste j'pus capable de fonctionner dans c't'environnement là, y faut que j'me retire de t'ça. Pis c'était pas mal la meilleure chose à faire j'pense puis j'consentis. (Participant 5, p. 3)

L'arrêt de travail a également un impact sur le plan des relations interpersonnelles, puisque pour l'ensemble des participants, ils ont coupé les contacts avec leurs collègues de travail.

Pour le travail j'va régler ça, chu en arrêt de travail pis euhh y'a pas de chance que je retourne un jour travailler pour les forces canadiennes euh pour c'qui est de mes collègues j'ai coupé les ponts avec presque tout mes collègues ou presque là j'ai gardé seulement quelques amis proches. Pour mes amis encore là, r'garde c'est le même principe là, tsé euh j'm'isole énormément j'vois pas beaucoup d'monde. (Participant 6, p. 6)

Sur les six participants rencontrés, un seul retournait (sous peu) dans ses fonctions et son milieu de travail militaire. Les autres participants étaient tous en processus de libération médicale¹¹⁹ et en accord avec le fait de quitter les FAC.

Bin ça le milieu du travail là j'essaie de... plus vite j'vais être sortie d'icitte là, j'pense que l'mieux pour mon rétablissement q'ça va t'être. (Participant 5, p. 7)

Comme on peut le constater dans les réponses des participants, le TSPT-TUS a un impact significatif au niveau du travail. Pour la presque totalité d'entre eux, ils ne retourneront pas dans leur fonction de militaire.

Le rôle « autre » (ami, famille élargie)

Nous avons inclus dans cette catégorie les réponses des participants correspondants aux autres types de relations interpersonnelles telles que celles avec la famille élargie (incluant les parents et la fratrie) et les amis. Nous avons distingué les réponses des participants au sujet des relations interpersonnelles entre les militaires considérés « collègue » de ceux considérés « ami » de la façon suivante : nous avons choisi le rôle d'ami et non de collègue lorsque la relation dépassait le cadre de la collaboration attendue entre les militaires pour la réalisation de tâches liées au travail.

En fonction de leurs conditions de santé, la majorité des participants ont vécu une mise à distance, et parfois, une rupture des relations interpersonnelles.

Des amis, j'en ai pas, j'en ai pu.. humm.. des amis que j'avais avant, hum que j'me tenais avec, c'tait beaucoup hum en buvant humm, c'tait la seule manière qu'on était capable de socialiser. (Participant 2, p. 8)

Pis des amis, j'me suis comme détaché d'eux autre là. (Participant 4, p. 2)

¹¹⁹ Une libération médicale est octroyée au[x] militaire[s] qui n'est plus en mesure d'effectuer les tâches communes requises afin de répondre aux normes minimales des FAC. Voir chapitre 2 : État des connaissances et recension des écrits à la section 2.2.4 concernant le principe de l'universalité de service.

Ça l'a vraiment affecté euh côté amis, euh parfois ça peut être désagréable, euh souvent j'étais plus renfermé. (Participant 3, p. 4)

Pour les participants, les relations interpersonnelles avec les amis ont été durement touchées par le détachement émotionnel.

Les conséquences vécues du TSPT-TUS non associées à un rôle social spécifique

Tous les participants (6/6) nous ont partagé de nombreuses conséquences vécues en lien avec les symptômes du TSPT-TUS.

Sous cette catégorie, nous avons inclus les réponses liées à la problématique de TSPT-TUS pour lesquelles, soit un rôle social particulier n'était pas clairement identifié ou, que les conséquences se manifestent sous la forme d'un symptôme de TSPT ou de TUS ressenti par le participant.

La colère tsé, ça allait nous chercher d'adrénaline que j'avais de besoin qu'on pourrait dire. (Participant 1, p. 5)

Le manque de peut-être de sentiment à être plus vraiment frigidité là, par rapport là, à ce qui de tous les sentiments qui serait la peine... euh ce qui sortait plus souvent, c'est la frustration, mais par contre là, pour tout ce qui est de la côté sensibilité là, y'était vraiment pas là... mes émotions étaient vraiment sur le neutre. (Participant 3, p. 2)

Ça revient tout le temps. Tsé on pense j'étais que j'étais le contrôler, mais plus que j'essayais de le contrôler plus que ça me contrôlait, pis plus que j'étais, ben plus tolérant que j'étais fac qu'il fallait que j'étais plus. (Participant 2, p. 5)

j'étais d'agoraphobie encore beaucoup. Aller dans où s'qu'y a beaucoup de monde en même temps, c'est une chose que j'ai pas été encore capable de régler, mais c'est beaucoup mieux qu'avant. (Participant 5, p. 12)

Fac que d'arriver pis avant de m'coucher m'carrer l'équivalent de 3 verres d'une shot... caler, y'a de quoi qui marche pas là ! Tu sens même pas ton vin, c'est pas comme ça qu'on boit du vin tsé, pour moi c'était comme, c'était pas normal. (Participant 6, p. 4)

En d'autres mots, les participants avouent avoir des problèmes avec la colère, le détachement émotif, l'anxiété et la perte de contrôle sur l'usage de l'alcool.

L'incapacité à se confier

Une autre conséquence, identifiée par cinq participants sur six, consiste à la difficulté à se confier, à échanger sur le vécu relatif aux missions avec leur entourage.

J'affronté mon problème tout seul. (Participant 4, p. 2)

Qu'es-ce qui se passait en Afghanistan, tsé j'en ai jamais beaucoup parlé... j'en ai quasiment pas parlé à ma famille. (Participant 1, p. 4)

Ceci pourrait être motivé, entre autres, par crainte de préjugé en lien avec la santé mentale.

C'est pas le genre de chose que j'ai expliqué à ma conjointe. C'est pas le genre de situation que j'voudrais qu'à sache que j'vis, j'voudrais pas qu'à me prenne pour un schizophrène, quelqu'un de... tsé j'voulais pas qu'à me voit comme un post-trau dangereux pis des choses de même... fac qu'il y a beaucoup de chose que j'y ai caché. (Participant 3, p. 9)

Dans cette section, on peut bien voir l'effet du TSPT et du TUS chez les répondants pour l'ensemble de leurs rôles sociaux. On note ainsi la relation étroite entre l'utilisation problématique de l'alcool (TUS) (ainsi que d'autres comportements compulsifs chez quelques participants¹²⁰) comme stratégie pour réduire ou moduler les symptômes du TSPT. Toutefois, ces troubles, lorsque combinés, aggrave les tensions au sein de la famille, au travail et dans les relations interpersonnelles. Ce qui peut réduire l'efficacité des répondants atteint du TSPT-TUS réussir dans l'exercice de ces rôles, mais aussi d'obtenir du soutien.

5.2.3. Les traitements reçus par les participants

À l'aide de notre questionnaire sociodémographique, nous avons recensé les réponses des participants correspondantes aux types de traitement reçus à la clinique de santé mentale du

¹²⁰ Certains participants ont rapporté avoir fait usage excessif et compulsif de jeu, de jeux vidéo et de nourriture.

Centre de santé Valcartier. Tous les participants de notre recherche ont reçu des traitements par plusieurs professionnels de la santé mentale. Par exemple, l'ensemble des participants ont eu un traitement psychologique et psychiatrique.

Cinq participants ont reçu de l'aide par une intervenante en dépendance et la moitié des participants ont rencontré une travailleuse sociale. Certains participants ont également fait partie de groupe thérapeutique comme le GBSO¹²¹ (quatre participants sur six), et les groupes de thérapie en dépendance (deux participants sur six).

Notre troisième thème, que nous avons nommé **traitements reçus**, fait référence à la question suivante, issue de l'entretien semi-dirigé : « *Dans quelle mesure les services reçus pour le TSPT-TUS vous ont permis d'acquérir ou de développer des capacités à faire face à ces difficultés (dans vos rôles respectifs) ?* » Ainsi, nous avons regroupé sous ce thème les catégories de réponses décrivant des *changements et gains associés au traitement*, de la *contribution particulière d'un type de traitement*, de *l'exigence du traitement* et de *l'identification d'outils appris au cours du traitement*.

Thème	Catégories	Participants					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
Traitements reçus	– changements et gains associés au traitement	●		●	●	●	●
	– contribution particulière d'un type de traitement	●	●	●	●	●	●
	– exigence du traitement	●		●			
	– identification de stratégies ou d'outils appris au cours du traitement	●	●	●	●	●	●

¹²¹ Le Groupe de blessure de stress opérationnel (GBSO) est un groupe psychoéducatif de 6 séances pour les militaires référés au programme de soutien et traitement du stress opérationnel (PSTSO) de la clinique de santé mentale du centre de santé Valcartier. Le GBSO fait partie des premières étapes du traitement spécialisé du TSPT.

Les changements et gains associés au traitement

La catégorie *changements et gains associés au traitement* se définit par les bénéfices, les gains ainsi que les impacts des traitements obtenus en santé mentale tant sur les rôles sociaux que sur le plan individuel (cinq participants sur six).

L'ensemble des participants indiquent avoir remarqué des bénéfices et des effets positifs des traitements pour le TSPT-TUS.

Voici les exemples de réponses :

Ma relation autour de ma conjointe avec mes enfants, tout ça là, j'pense que ça s'est amélioré grâce à ça [les traitements]...de comprendre qu'est-ce qui se passait, pis euh faire une p'tite rétrospective sur moi-même, ça l'aide là. (Participant 4, p. 3)

On est parti de loin, moi j'pense que le fait d'avoir attendu longtemps, c'est aujourd'hui j'me rends compte que tsé euh bin j'me disais, tsé bin ça fait 8 ans que j'endure mon PTSD pis que j'vis comme ça pis c'là j'me rend compte qu'y'a d'autres façons de vivre, pis que le monde vient beaucoup plus simple (mmm) quand on est capable là d'affronter des choses qui, pour la plupart du monde est anodine, mais pas pour nous autres. (Participant 3, p. 5)

J'ai appris à mieux contrôler on pourrait dire mes impulsivités pis mes crises de colère, fac c'que ça faite c'est que ça m'a rapproché de mes enfants. Mes enfants ont beaucoup moins peur de mes réactions, fac tsé si y font quelque chose qui savent que ça peut me déplaire bin y ont pas peur nécessairement à ma réaction parce qu'ils savent comment que moi, tsé, j'réagis pu pas autant... tsé j'fais peut-être plus une approche éducative plus que directive on pourrait dire. (Participant 1, p. 3)

J'ai évalué les techniques pour dealer avec ça, de stress, de ma colère, de l'estime de soi toutes ces choses-là, fac que j'ai beaucoup d'outils pour passer au travers de mes journées. quand tous ces éléments là c'présente à moi dans une journée, bin j'ai les outils maintenant euh avec la médication aussi qui aide beaucoup pis les outils pour être capable de faire face à ces situations. (Participant 5, p. 4)

Pour c'qui est de ma conjointe bin c'est multiple, ça m'a permis de verbaliser, de pouvoir lui expliquer, parce que je ne savais pas comment lui dire, j'pense que c'est c'qui a plus aidé au niveau du couple, c'est d'être capable de lui expliquer ce que j'vivais en partie, pouvoir y expliquer comment j'me sentais. (Participant 6, p. 7)

Bref, les participants perçoivent une amélioration de leur compréhension du TSPT-TUS, une meilleure régulation émotionnelle et plus de facilité à communiquer. Ces gains, qui

proviennent directement des traitements reçus, ont eu un effet positif sur la relation conjugale et la relation père-enfant.

La contribution particulière d'un type de traitement

Par ailleurs, tous les participants, selon leur expérience, ont apporté des précisions sur les effets, les gains ou la *contribution particulière d'un type de traitement*. Ils rapportent ainsi avoir bénéficié des différents traitements reçus par les divers professionnels de la santé mentale. Chaque traitement semble, de fait, avoir contribué au rétablissement de façon complémentaire. Voici des exemples de réponses :

J pense que l'intervention avec les travailleurs sociaux là, quand on attend pour rencontrer un psychologue, on passe à travers plusieurs étapes là avec que les travailleuses sociales... ça c'est quelque chose qui m'a beaucoup aidé aussi à comprendre le phénomène, à comprendre plusieurs réactions physiques [...] en faisant des interventions pis avec le psychologue pis en travaillant sur certaines situations au PTSD, ben ça m'a permis qu'aujourd'hui chu capable la d'aller me baigner avec les enfants. (Participant 3, p. 7 et 9)

Au groupe ASSO, c'qui est plaisant, c'est qui a un thème à toutes les semaines, donc on parle vraiment de 2 heures pour explorer un thème que probablement que si certainement à r'viendrait sur le sujet 10-15 minutes si je parlerais avec mon psychologue parce que beaucoup de chose à voir. Ouais.. on prend vraiment le temps de décortiquer un thème pis euh, quand c't'un thème qui est important pour euh pour moi, pis pour le reste des personnes qui sont là bin, c'est très intéressant la tsé de parler de leur mal à travailler ça en profondeur [...] l'addition de ma médication aussi ça m'a aidé beaucoup à reprendre contrôle de mes sentiments, mais surtout mon anxiété parce que c'était rendu là. (Participant 5, p. 5 et 6)

Le GBSO, ça me permis de comprendre un peu c'qui se passait en-dedans de moi.
(Participant 1, p. 5)

J'trouve que l'expérience des autres, ça quand tu partages, ça c'est important [...] les groupe toxico, ça m'a aidé à voir les problèmes des autres [...] c'est mieux que plus individuel. (Participant 4, p. 3)

Selon les participants, il appert que les interventions pharmacologiques, les interventions individuelles par les travailleuses sociales et les psychologues ainsi que les interventions de groupe apportent des gains différents et complémentaires.

L'exigence du traitement

Bien que la catégorie *exigence du traitement* n'ait pas atteint le point de saturation, nous avons cru important de rapporter tout de même, l'expérience de traitement de deux participants. Selon ces derniers — et comme en témoigne leurs réponses dans ce qui suit, — être en thérapie est un processus très exigeant et difficile, tant sur le plan personnel que sur le plan du fonctionnement social, voire, de l'exercice des rôles sociaux :

J'ai été un bon 3-4 mois j'dormais à tous les jours sur l'heure du midi dans l'après-midi ça j'tai épuisé mentalement physiquement avec mes traitements. (Participant 1, p. 9)

J'écoutais un peu plus les intervenants au lieu d'aller écouter moi-même... j'ai suivi le plan, pis tsé j'me suis investis, depuis le début j'me suis investis à 100 %.... ça me demandait beaucoup beaucoup d'énergie euh avec le processus avec euh les rencontres là beaucoup en psychologie. (Participant 3, p. 5)

Si les symptômes du trouble du TPST-TUS sont difficiles pour les participants, il faut aussi noter que les traitements, en eux-mêmes, sont exigeants physiquement et psychologiquement. À ce titre, l'épuisement ressenti face aux traitements pourrait, en fonction des dires de certains participants, contribuer aux difficultés de rôles.

L'identification de stratégies ou d'outils appris au cours du traitement

Par ailleurs, tous les participants rencontrés ont identifié des stratégies spécifiques apprises en cours de traitement. Ces stratégies, semble-t-il, leur sont d'une grande utilité. Sous *identification de stratégies ou d'outils appris au cours du traitement*, nous avons recensé les réponses des participants à propos des outils, des stratégies ou des moyens appris au cours des traitements du TSPT-TUS. Nous voulions, par cet exposé, obtenir des exemples concrets de ces apprentissages.

Certains participants ont su nommer les techniques utilisées alors que d'autres font référence à des apprentissages de façon plus globale. Parmi les stratégies les plus souvent citées, on

retrouve les stratégies d'apaisement de l'anxiété telles que la respiration, les techniques d'ancrage et la médication.

J'capable d'utiliser toutes les aides qu'on m'a donné pour m'apaiser soit me relaxer soit tsé m'changer les idées pour euh tuer dans le fond ça dans l'œuf. (Participant 1, p. 8)

Ma psychologue m'a donné des outils de relaxation, des outils de.. je me rappelle pas c'est quoi le mot en français « grounding ». (Participant 2, p. 6)

... technique là euh que ce soit, que ça passe par la respiration ou bin par l'ancrage dans le présent, toutes ces techniques-là qui sont montrés pour être capable de revenir à la réalité. (Participant 5, p. 5)

On a fait des expositions, j't'allé tranquillement les premières fois. J'allais exemple là euh au salon chasse et pêche avec le beau-père, le beau-frère puis j'avais juste hâte de sortir. Pis quand j'sortais là, j't'ai capable là de décompresser. En faisant des expositions, bin là c'tais d't'assir pis d'dire bin ok, ça va passer l'angoisse, l'anxiété est au maximum, bin la seule chose qui reste à faire c'est descendre. Fac qu'en faisant des expositions comme ça euh j'ai été beaucoup plus capable de faire des activités j'ai été graduellement. (Participant 3, p. 5)

Des techniques de gestion de la colère et visant la réduction de la prise d'alcool ont été identifiées par tous les participants comme une conséquence positive de leur traitement. Voici des exemples d'outils utilisés parmi les participants :

Plusieurs trucs plusieurs programmes là par exemple là réduire les quantités euh, compter le nombre de consommations, prendre des contenants plus petits euh essayer de plus gérer euh le temps entre les consommation essayer d'étirer ça, essayer de s'trouver des objectifs de consommation. (Participant 3, p. 7)

j'devenais comme agressif, fac que j'crée des malaises fac que là au moins euh fac que c ça... j'nomme c c't'un outil qu'on a mis en place là c'est simplement de donné un chiffre là. Pis euhhh le GBSO m'a donné aussi le *cessez d'agir* là ça en chicane de couple, c'est très très pratique. (Participant 6, p. 9)

En somme, les participants jugent efficace l'ensemble des traitements pour le TSPT-TUS offerts par divers professionnels à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Ils considèrent avoir réalisé des gains appréciables. Surtout en ce qui a trait à l'apprentissage

de techniques de gestion de la colère et de l'anxiété, de réduction de l'alcool, à la thérapie d'exposition et à l'usage d'une médication.

5.2.4. Les difficultés persistantes à la suite des traitements

Le thème suivant, **difficultés persistantes à la suite des traitements**, regroupe l'ensemble des réponses des participants à la question « *Présentez-vous toujours des difficultés (des rôles sociaux) depuis les traitements du TSPT-TUS ?* » Cette question fait référence à la perception des participants de leur état actuel, alors qu'ils ont reçu différents soins pour le traitement du TSPT-TUS.

Il est important de préciser qu'il existe des similitudes entre ce thème et celui des **conséquences associées aux TPST-TUS**. Ce constat est tout à fait prévisible, puisque l'on cherche à dégager, à partir des problématiques initiales liées au TSPT-TUS, les conséquences qui persistent et se poursuivent après les traitements. Voici les catégories correspondantes à ce thème :

Thème	Catégories	Participants					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
Difficultés persistantes suite aux traitements	– difficultés résiduelles liées aux rôles sociaux	●	●		●	●	●
	– symptômes résiduels TSPT-TUS rôles non spécifiés	●	●	●	●	●	●

Les difficultés résiduelles liées aux rôles sociaux

Lorsque les participants livraient des réponses en lien avec l'ensemble des rôles sociaux, nous les avons inclus sous la catégorie *difficultés résiduelles liées aux rôles sociaux*. Or, nous pouvons observer que cinq participants sur six éprouvent toujours des difficultés dans l'accomplissement de leurs rôles sociaux.

Les participants ont indiqué que les rôles de parent et de conjoint présentaient encore des défis importants pour l'ensemble d'entre eux. L'instabilité émotionnelle dont l'irritabilité a un impact négatif sur la relation avec la conjointe.

Ce qui est difficile là, c'est la vie de tous les jours avec ma conjointe là .. euh y'a des hauts des bas... des fois c'est dur sur notre relation là, on passe au travers des bouts *rough* mettons là, quand j'vois que j'feel pas ou bin quand y'a un ajustement de médication. (Participant 5, p. 7)

La famille immédiate (c'est-à-dire la conjointe, les enfants) doit encore adapter les activités sociales et leur vie quotidienne en fonction des symptômes résiduels du TSPT-TUS des participants.

Si on sort euh c'est tout le temps hum des places préétablies, des places qu'on a déjà été à des heures non achalandées. (Participant 2, p. 7)

Le problème encore, c'est quand que j'suis plus mon plan à la lettre, parce que ma conjointe, mes enfants peu importe là, j viens vraiment ultra irritable pis j'deviens euh.. si ça marche pas à ma façon dans le sens. Fac que tsé c'est comme si ça serait la fin du monde. (Participant 1, p. 6)

Pour un participant, ces réactions de colère et de consommation excessive d'alcool ont créé une distance dans la relation avec ses enfants qui, maintenant adultes, persistent encore aujourd'hui.

Moi c't'avec mes enfants plus là, j'ai vois pas souvent pis euh... tsé y m'ont vu dans un certain état, fac que dans leur tête chu encore comme ça, mais j'ai changé depuis c'te temps-là, mais c'est dur à leur faire comprendre là, c'est dur à expliquer là. Ça les a affecté pas mal là, fac que j'ai d'la misère à leur parler mettons là [...] ça demeure une difficulté. C'parce que j'étais pas un cadeau à tous les jours... j'les vois pas souvent là. C'est dur comme relation. (Participant 4, p. 4)

De façon surprenante, peu de participants ont indiqué avoir toujours des difficultés qui perdurent sur le plan du travail. Comme nous avons mentionné dans la section précédente sur

les conséquences du TSPT-TUS dans le rôle du travail, cinq participants attendaient pour- tant une libération médicale et n'étaient plus, au moment de l'entrevue, au travail dans leurs tâches militaires. D'ailleurs, ces derniers ne se voyaient plus dans les FAC. Ils ne se sen- taient plus en mesure de retourner à des tâches militaires et étaient en accord avec cette libération. L'acceptation de la fin de la carrière militaire pourrait peut-être expliquer le faible taux de perception d'un problème résiduel en lien avec le rôle au travail. Apparem- ment, les participants en attente de libération médicale savaient qu'ils seraient soutenus après leur libération des FAC par les programmes offerts d'Anciens Combattants Canada (ACC).

Quand qu'y arrivent pis sont malade, pis après ça.. fac qu'si c'est pas le transfert à la vie civile, c'est durant leur pause [arrêt de travail] y vont avoir le temps de vraiment de passer au travers l'éventail des services qui peuvent leur être offert avant d'être euh retourner au travail. Pis si y retourne pas au travail bin que le système [ACC] s'occupe d'eux autres après ça, pis qui les dirigent vers quelque chose que peut-être que l'individu s'intéresse plus si yé pu capable de rester dans l'armée. (Partici- pant 5, p. 10)

Bien que les participants n'aient pas eu encore l'opportunité de vérifier leurs capacités et compétences dans un autre type d'emploi en dehors des FAC, un participant demeure in- certain quant à ces capacités futures à reprendre toutes formes de travail impliquant d'être en relation avec d'autres.

Quand que j'rencontre du monde c'est comme euh j'veux juste partir, quand que l'monde parle c'est comme j'veux pas comprendre c'est quoi qui disent. C'fac que pis j'entends juste du bitchage n'im- porte où c'que j'va, j'entends juste ça... fac que aller travailler avec du monde bin ça va pas durer parce que là j'va juste tout le temps péter ma coche. (Participant 2, p. 8)

L'ensemble des participants (six participants sur six) éprouvent encore des difficultés liées aux symptômes du TPST-TUS, alors qu'ils ont reçu plusieurs services et divers traitements pour ces conditions. Les réponses regroupées sous la catégorie *symptômes résiduelles de TSPT-TUS, rôles non spécifiés* incluent tant les commentaires des participants abordant

leurs symptômes de TSPT-TUS persistants que les réponses non associées à un rôle social spécifique.

Les symptômes persistants de TSPT les plus fréquemment identifiés par les participants sont l'anxiété, l'hypervigilance, les reviviscences, les sautes d'humeur, la gestion de la colère, en plus de la vulnérabilité à la rechute dans la consommation. Malgré une amélioration souvent évoquée par les participants suite aux traitements reçus, ces symptômes causent encore des difficultés dans le fonctionnement quotidien de ces derniers :

Un des gros problèmes en ce moment c'est vraiment de... où s'que j'travaille fort c'est le contrôle. Tsé d'être capable d'arrêter au restaurant, au dépanneur même si est pas planifié, tsé être capable d'y aller pis de pas paniquer. (Participant 1, p. 7)

J'ai encore des troubles de sommeil, j'ai encore de la médication pour dormir sinon là... j'ai des fois des flash-back ou des cauchemars, on est pas mal entrain de traiter ça présentement. (Participant 3, p. 10)

... des lieux publics des choses comme ça j'aime pas ça parce qu'il y a trop de monde, ça reste encore là. (Participant 4, p. 4)

Mais c'est sûr que si j'tais obligé de travailler présentement ça serait pas facile au travail non plus là... j'ai resté avec une hyperactivation pis de l'hypervigilance pis tout ça. C'est dur sur les relations interpersonnelles avec du monde que je connais pas [...], mais j'pense j'va avoir besoin de support pour être capable d'me garder dans track là pour la boisson... parce qu'à la minute qui a des difficultés ou bin des p'tits échecs bin j'ai tendance à r'tomber vers ça assez rapidement fac que m'a essayer de pas se rendre là. (Participant 5, p. 7 et 8)

Gestion de ma colère j'ai parfois des hauts pis des bas, au niveau de ma patience, j'ai des hauts pis des bas... mon comportement, le côté dépression euh, j'ai encore des hauts pis des bas, mais ça c'est-tu la médication, c'es-tu à travers la thérapie ? Je saurais pas quoi t'dire là. (Participant 6, p. 10)

Bien que les traitements reçus semblent en apparence aidants, force est de constater que tous les participants éprouvent toujours des difficultés importantes dans l'ensemble des rôles sociaux et que leur processus de rétablissement n'est pas terminé. Ceci nous porte à nous questionner sur la durée nécessaire des traitements pour atteindre un rétablissement suffisant et de l'efficacité des traitements utilisés pour le trouble concomitant du TSPT-TUS.

5.2.5. Les observations et les recommandations des participants pour l'amélioration des services en santé mentale offerts aux militaires

Les réponses des participants à la question « *Auriez-vous des recommandations pour améliorer l'aide et les services de la clinique pour les militaires qui vivent un TSPT-TUS ?* » se retrouvent sous le thème **observations et recommandations**. Nous avons regroupé les recommandations des participants sous trois catégories : les *observations concernant l'organisation et la qualité des soins reçus*, les *recommandations visant la population militaire* et celles *visant l'amélioration des soins* qui s'adressent plus précisément au personnel médical pour la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

Thème	Catégories	Participants					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
Observations et recommandations	– observations concernant l'organisation et la qualité des soins reçus	●	●	●	●	●	●
	– recommandation visant la population militaire	●		●			●
	– recommandation visant l'amélioration des soins	●	●	●	●	●	●

Sous la catégorie *observations concernant l'organisation et la qualité des soins*, nous avons regroupé les propos des six participants ayant pour objet l'accessibilité des soins, la rapidité de la prise en charge des soins (incluant les délais d'attente), la procédure pour accéder aux soins ainsi que la connaissance des militaires des ressources disponibles.

Plusieurs ont fait état des difficultés d'accès à un médecin du Centre de santé Valcartier pour obtenir un rendez-vous et un suivi régulier. Les participants ont également fait mention des disparités existantes entre les unités de soins primaires (UPS) dans l'offre de service, la procédure de prise de rendez-vous et la disponibilité des médecins.

Des fois c'est dure d'avoir aucun médecin [...] c'est compliqué d'avoir des rendez-vous avec un médecin si mettons t'as besoin de ché pas de renouvellement. (Participant 4, p. 5)

J'vois qu'on a pas tous les mêmes types de service tsé ça j'comprends pas pourquoi que d'un UPS à l'autre... c'que j'trouve dommage c'est que les services peuvent être différents d'UPS à l'autre. (Participant 1, p. 8)

J'le sais que c'est de même que ça fonctionne le roulement, tsé les docteurs qui manquent... tsé ils veulent juste voir certaine personne. (Participant 2, p. 9)

Pour les participants, avoir un accès rapide et régulier à un médecin qui les connaît est important.

Concernant l'accessibilité aux services offerts en santé mentale, les participants notent une différence entre les délais pour les services de crise et les services plus spécialisés. De plus, un participant soulève une disparité dans l'offre des services reçus.

Les participants nous ont fait part de la rapidité des services de crise, mais il y a toujours des délais trop longs avant la prise en charge par un(e) psychologue par exemple. Selon certains participants, il est important d'intervenir rapidement, car ils ont attendu longtemps avant de prendre la décision de consulter. Et, ils croyaient que ces délais supplémentaires pourraient avoir un impact sur le traitement.

Quand qu'on va voir ceux qui sont en crise, on est capable de voir quelqu'un rapidement. [...] j'pense que c'est une bonne chose qui aille ouvert là plus au civil, aussi là pour avoir accès aux services plus rapidement, parce que j'crois que la rapidité des soins là euh est primordial là surtout si quelqu'un vie une détresse. Les moments où j'ai eu le plus besoin de rencontrer bin c'est le moment où j'ai attendu le plus longtemps avant d'avoir les services, pour c'qui est de mon cas là bin ça souvent été là, ça jamais été une ligne droite ou une ligne descendante, ça tout le temps été des *up and down* c'qui fait que tsé quand j'ai été capable d'avoir des services bin j'avais trouvé des solutions par moi-même pour trouver euh pour être capable de régler ça. Si j'avais consulté plus vite pis qu'j'avais eu mes consultants plus rapidement, ben j'aurais pas développé des mauvais réflexes qui, aujourd'hui, chu obligé de travailler contre. (Participant 3, p. 11-12)

J'pense que plus vite t'es traité, mieux c'est là. (Participant 4, p. 5)

[...] c'est que les services sont pas les mêmes, c'est pas aussi rapide comme moi, si on regarde ma liste j'ai eu 7-8 intervenants, eux ont de la misère à en avoir un. (Participant 1, p. 8)

Nous l'avons plusieurs fois noté jusqu'ici : les participants perçoivent comme efficaces les traitements offerts pour le TSPT-TUS la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Ils ont, en cela, souligné le professionnalisme des intervenants et l'avantage d'avoir accès à une diversité de service. Toutefois, ces résultats invitent à une certaine réserve considérant que les participants connaissaient le fait que la chercheure avait un rôle d'intervenante au sein de la clinique de santé mentale.

Tout le monde le sait qu'y a des soins pis du moment qu'y a des soins euhh du moment où j'ai commencé mes soins tsé... le programme a été efficace pis ça fonctionne tsé j'peux pas dire que ça fonctionne pas. (Participant 3, p. 12)

C'est structuré j'veux dire... on voit qu' le système est bien monté pour euh pour faire évoluer [le militaire]... (Participant 5, p. 10)

On a d'excellents services on a d'excellentes personnes qui travaille pour... que j'connais pas... mais ceux que moi j'ai eu sont de très bons intervenants euh j'me sens soutenu, aidé euhh, écouté, y'a une différence immense depuis 1 an là [...] on est chanceux d'avoir accès à autant de services. (Participant 6, p. 14)

J'aime beaucoup le professionnalisme des euh des spécialistes... j'pense que les services sont très bien offert.... pis y'a beaucoup de respect. (Participant 5, p. 9-10)

Dans mon cas à moi pour avoir parlé avec d'autres, tsé moi tout [les soins] a été pas mal complémentaire pis ça bien fait. (Participant 1, p. 6)

Dans l'ensemble, les participants apprécient la qualité et la variété des services offerts. Les participants soulignent également les compétences des divers professionnels impliqués.

Les participants nous ont partagé différentes suggestions et recommandations pour améliorer les services et les soins offerts à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Certains auraient aimé connaître, dès la demande d'aide, l'ensemble des services disponibles et accessibles afin d'identifier ce dont ils pourraient bénéficier.

Si j'avais pas eu une conjointe qui était là qui me poussait pis qui m'disait « non va demander si, va demander ça » pis euh qui connaît des services que même moi je savais même pas que ça existait. Tsé euh.. si tu demandes pas, t'auras pas grand-chose. Donc si j'avais pas demandé certains soutiens, j'pense pas que j'l'aurais eu. OK.. bin j'l'aurais pas eu à vraie dire, on me l'aurait pas offert. OK.. j'serais encore chez nous à attendre que le temps passe pis à broyer du noir. (Participant 6, p. 11)

Ça serait d'avoir comme une « check list » là... comme vraiment comme on partait au départ les rendez-vous pis toute penser à ça bin.. tsé la personne à part à dit « regarde vous allez avoir besoin de soutien voici euh les services qu'on peut vous offrir »... un genre de soutien au rétablissement genre... Bin euh ouais, de quoi comme ça.. j'sais pas, j'sais pas de où partir, mais j'suis sûr que ça aiderait... chu sûr que ça faciliterait même au retour [de mission]... ça l'aiderait vraiment plus vite. (Participant 1, p. 15)

Un participant suggère l'intégration et l'utilisation d'outils technologiques aux modalités plus traditionnelles qui peuvent rejoindre certains participants.

J'veux dire des choses-là... quelque chose qu'on peut euh, on peut interagir avec... soit comme des applications.. ouin pour faire des activités peut-être avec du matériel pédagogique qui va en lien avec c'qu'on fait.. Kay. ...Peut-être pas nécessairement juste un papier pis une feuille, ça faire interagir les candidats ensemble sur les choses avec du matériel... parce des fois c'est... le monde qui sont dans ces situations-là, y'on tendance à décrocher vite quand ça fait juste parler... on en voit qui « zone out » en masse assez vite là fac que garder peut-être le monde activé avec leurs mains ou bin que tous ceux pensifs soient u' p'tit peu plus interactif. (Participant 5, p. 11)

Un autre participant suggère d'améliorer le dépistage de militaire présentant des signes de TSPT-TUS. En dirigeant, par exemple, plus rapidement le militaire vers une travailleuse sociale qui sera en mesure de l'aider à cerner le problème.

J'crois que automatiquement y'a quelqu'un qui donne des signes faudrait qu'il voit une travailleuse sociale le plus vite possible pour être capable de commencer immédiatement le cheminement de comprendre c'est quoi qui se passe (Participant 3, p. 11)

Pour la catégorie *recommandation visant la population militaire*, trois participants sur six ont proposé des idées pour favoriser la conscientisation des problèmes de santé mentale, de faciliter la demande d'aide et de faire la promotion des différents services disponibles en santé mentale et dans les ressources militaires complémentaires.

Ainsi, les participants militaires ont suggéré d'améliorer au sein des FAC et en contexte de travail le niveau d'éducation face aux problèmes de santé mentale, incluant le TSPT et le TUS.

Le gros gros problème avec ça là, c'est que tout le monde les [sessions éducatives] fait là une semaine avant les fêtes là... y'a le travailleur social, y'a le SICIP pis y'a ci y'a ça. Fac qu'un moment donné là les gars sont assis à l'académie, y s'en calice, y'écotent même pas ! Tsé trouvez des activités qui sont peut-être plus interactives, d'être capable de trouver euh un meilleur temps dans l'année pour le faire les interventions. (Participant 3, p. 11)

Le militaire moyen, pis j'dirais que la majorité, tu voudrais pousser ton affaire avec sondage, si tu ferais un sondage à savoir quels services sont offerts, « êtes-vous au courant des services offerts, nommez moi une liste de... » pis j'te dis à 4, tu te rendras pas à 4 là, 4 services disponibles au service de santé pis mentale mettons, parce que physique, c'est autre chose là, physique tout le monde est au courant... physique là j'peux avoir accès à ci... à ça... à ça... mais j'parle juste santé mentale là.. ça base là, c'est méconnaissance majeure [...] Mais ils comprennent pas les services, ils comprennent pas la santé mentale, ils comprennent pas un membre malade. (Participant 6, p. 15-16)

Bien qu'une amélioration notable soit rapportée par nos participants sur la perception de la demande d'aide en santé mentale, il demeure important de poursuivre le travail de sensibilisation et de conscientisation pour réduire davantage les préjugés auprès des militaires et la crainte de perdre sa carrière militaire.

J'conseillerais aux jeunes ou n'importe qui aux personnes de faire c'que moi j'ai faite pis qu'la carrière on s'en fou... pis que prendre soin de soi-même pis après ça, bin si ça nuit, si faut que tu lâches pis tu recommences ailleurs, bin tu le feras, mais c'est pas mieux qu'au final tu continues pis que tu lâches tout, pis qu'tu tiens pu à rien. (Participant 1, p. 11)

Si j'pense que c'est mal vu quelqu'un de blessé, tsé de quelqu'un de PTSD... c'est de moins en moins mal vue... ah je sais qu'à un époque c'était mal vu, pis c'tais vu comme des faibles pis ci pis ça, euh j'pense que la mentalité est en train de changer, mais j'pense qui faut continuer à briser les fausses mentalités. (Participant 3, p. 12)

Le rôle du soutien social, soit entre les militaires ou bien par la chaîne de commandement, a été soulevé seulement par bien peu de participants. Cependant, nous avons tout de même choisi d'illustrer une piste intéressante soumise par un participant : le rôle de soutien possible qu'un militaire atteint de TSPT pourrait exercer dans son milieu de travail.

Si je regarde dans mon régiment y doit en avoir deux, pis sur les deux, y'en a un j'pense qui est PTSD ici en ce moment, fac qu'y en reste juste un... avoir plus de personnel au sein des unités qualifiés qui est capable de gérer... tsé des fois c'est pas nécessairement une consultation d'un an que ça prend

vraiment, mais juste de connaître c'est quoi le processus qu'est-ce ça prend, c'est quoi j'peux faire. (Participant 3, p. 12)

On a aussi noté cette possibilité, pour les militaires en arrêt de travail, de se sentir utile dans la communauté militaire. Ces derniers pouvant offrir, par exemple, des services de bénévolat par l'entremise du groupe de soutien au déploiement (GSD).

Quand on était en Afghanistan y avait le centre de la famille pis chu sûr qu'il s'on encore présent, mais y'avait une plus grosse cellule, je pense de groupe soutien au départ le GSD j'penses groupe soutien départ ? Ouinnn j'sais qu'ils sont une gang pis que j'sais qu'il en a encore des services, mais tsé là... les travaux là... ça serait de trouver une manière avec nos militaire... tsé on aide les autres, mais en même temps de s'aider nous autre même là, mais tsé exemple : le gazon. Tsé on est payé nous autre à l'année, tsé y'a toujours du monde sur la base qu'y'on des restrictions [médicales] y peuvent pas faire ci, faire ça... on peut même penser à l'UISP¹²² du monde qui sont sur le départ. Y'a du monde qui aime faire du bénévolat, qui essaie toujours de chercher du bénévolat pour aider. Fac que ce serait de se monter quelque chose de même [...] tsé si on aurait une p'tite gang. (Participant 1, p. 14)

Un participant souligne l'importance de demeurer proactif dans des activités valorisantes.

Il y a des choses que t'aime faire par toi-même que... tsé moi j'aime... j'ai continué à entraîner au hockey, tsé j'aurais pu dire, ouin, mais pourquoi tu fais pas le ménage, mais non jouer au hockey c'est toute ma vie ! pis j't'entraîneur au hockey, j't'entraîneur au soccer, j't'entraîneur tout le temps, tout le temps, tout le temps, tsé pour quelqu'un qui est impatient, anxieux tsé on me dit tout le temps que j'suis un très bon éducateur. Tsé moi ça m'a fait du bien, pis tsé y'en a d'autre qui taponne y vont dire « ouin, mais aille t'es supposé d'être en thérapie pis le gars y s'retape sa maison pendant 3 mois de temps » ouin, mais ça y fait du bien de taponner, pis oui y'en profite pis y refait sa maison... ça y fait du bien. (Participant 1, p. 14-15)

En guise de conclusion de ce chapitre, une synthèse des principaux résultats qui retiennent l'attention est proposée dans ce qui suit.

¹²² L'unité interarmées de soutien du personnel offre des programmes et du soutien administratif personnalisés aux militaires malades ou blessés de la Force régulière et de la Réserve des FAC dont la condition médicale les empêchent de reprendre leur poste régulier pendant six mois ou plus. Informations disponibles sur le site internet suivant : <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute/facs/service/soutien/soutien-aux-blesses/coordonnes.page> (Page consultée le 20 juin 2017).

5.3 Synthèse des principaux résultats

Dans ce chapitre consacré à la présentation des résultats, nous avons pu décrire les conséquences nombreuses du TSPT-TUS et comment, lorsque combinés, le TSPT-TUS peut diminuer l'efficacité de nos participants à accomplir leurs différents rôles sociaux. De plus, le développement du TUS (ainsi que d'autres comportements compulsifs) semble être étroitement lié au besoin de moduler les symptômes de TSPT.

Nos résultats nous permettent d'illustrer qu'un délai significatif existe entre l'apparition des symptômes, la reconnaissance d'un problème, la demande d'aide dans les services de santé mentale et le traitement du TSPT-TUS. Tous ces délais pourraient avoir un impact sur l'efficacité des traitements.

En général, les participants considèrent avoir bénéficié des différents traitements offerts par divers professionnels de la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Toutefois, malgré les traitements reçus, les participants continuent de faire face à des difficultés importantes dans l'exercice des rôles sociaux.

Pour faire suite à la description des résultats obtenus, le prochain chapitre propose une analyse et une discussion plus approfondie en ce qui a trait aux principales découvertes issues de cette recherche.

CHAPITRE 6

DISCUSSION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Rappelons que le but du présent chapitre est d'offrir des éléments d'analyse et de discussion en rapport à nos principales découvertes réalisées au cours de cette recherche. Nous présenterons, tout d'abord, nos questions et nos hypothèses de recherche. Ensuite, nous tenterons de répondre à nos questions de recherche en illustrant les liens entre les résultats, la recension des écrits et le contexte théorique. Nous utiliserons les réponses à ces questions pour infirmer ou confirmer nos hypothèses. Enfin, nous conclurons ce chapitre par des recommandations pour de futures recherches et des retombées pour le service social.

Toutefois, avant de débiter ce chapitre consacré à l'analyse de nos résultats, nous désirons faire un rappel des principaux constats tirés de la recension des écrits.

Grâce à l'état des lieux découlant de la recension des écrits, nous avons ainsi découvert que malgré les avancées de la recherche sur les traitements pour réduire les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et d'un trouble lié à l'usage de substances (TUS) (Drapkin et collab., 2011 ; Van Dam, 2012 ; McCauley et collab., 2012 ; Najavits et Hien, 2013 ; Roberts et collab., 2016), certaines questions demeurent sur leurs effets au plan du fonctionnement social. L'état des connaissances actuelles ne permet pas de déterminer si les pratiques cliniques reconnues dans le traitement du TUS et du TSPT ont une incidence sur la restauration du fonctionnement social lors de la terminaison de ces traitements.

Puisque les études concernant le traitement du TSPT et du TUS mesurent particulièrement la réduction des symptômes psychiatriques, l'utilisation de mesure du fonctionnement social, comme indicateur d'efficacité, demeure peu usuel dans les recherches sur le sujet (Fueh, 2001 ; Laudet, 2011 ; Tetzlaff, 2015). Et cela, malgré les évidences empiriques de recherches qui réclament pourtant le développement d'un terrain de recherche favorisant une approche plus globale. Cela explique que l'on connaît peu l'effet des traitements offerts aux militaires sur la restauration du fonctionnement social lorsque ces derniers sont touchés par le TSPT et le TUS. On peut donc s'interroger à savoir si les traitements et les services

offerts en santé mentale ont été suffisants pour répondre à l'ensemble des difficultés de fonctionnement social vécues par les militaires souffrant de ce trouble concomitant.

Notre recherche, de nature exploratoire, vise à fournir un éclairage sur la perception qu'on les militaires atteints d'un TSPT-TUS sur leur fonctionnement social à la fin des traitements. Les participants à notre recherche, parce qu'ils ont reçu de nombreux services thérapeutiques d'une équipe interdisciplinaire offerts à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, se prêtent bien à une telle exploration.

6.1. Rappel des questions et des hypothèses de recherche

Issues des lacunes et des constats des études cités précédemment sur le traitement du TSPT-TUS, nous ont avons développé les questions de recherche suivantes :

- Comment les militaires perçoivent-ils l'impact des traitements reçus pour le TSPT-TUS la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier sur l'exercice des rôles sociaux suivants : (à titre de conjoint, de parent, avec la famille élargie, les amis et collègues, et finalement au travail) aux termes de ces traitements à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier ?
- Est-ce que les militaires présentent toujours des difficultés sur le plan de l'exécution des rôles sociaux à la fin des traitements du TSPT-TUS ? Si oui, lesquelles ?
- Quels sont les éléments des différents traitements reçus pour le TSPT-TUS à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier qui ont été les plus favorables en fonction de l'exécution des rôles sociaux identifiés ?

Ces questions de recherche nous ont permis de formuler les hypothèses suivantes :

- Les militaires atteints de TSPT-TUS présenteront des difficultés dans l'exécution de leurs rôles sociaux avant le début des traitements (1, 2, 3)¹²³.
- Les militaires atteints de TSPT-TUS présenteront des difficultés persistantes dans l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3) même après la fin des traitements reçus à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.
- Les militaires atteints de TSPT-TUS requièrent des traitements diversifiés offerts par une équipe interdisciplinaire pour favoriser l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3).

En guise de rappel, et dans le but de répondre à nos questions et à nos hypothèses de recherche, nous avons réalisé une entrevue semi-dirigée avec chacun de nos participants. Notre échantillon fut composé de six militaires francophones atteints de TSPT-TUS qui ont reçu des traitements pour ces conditions dans les services de santé mentale de la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Au moment des entrevues, ces militaires arrivaient aux termes de leur parcours de soins à la clinique. Nous avons ensuite utilisé l'analyse qualitative traditionnelle comme méthode d'analyse des réponses aux questions de l'entrevue semi-dirigée.

Afin de dégager plus en profondeur le sens des réponses obtenues lors des entrevues, nous débuterons par répondre aux questions de manière plus circonscrite. Nous ferons de même avec les hypothèses de recherche pour, finalement, proposer une interprétation des résultats à la lumière des écrits recensés et du modèle écologique du fonctionnement humain.

6.1.1. Réponse à la première question de recherche

Comment les militaires perçoivent-ils l'impact des traitements reçus pour le TSPT-TUS la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier sur l'exercice des rôles sociaux

¹²³ Fait référence, dans l'ordre : 1. dans la famille (à titre de conjoint et de parent) ; 2. dans les relations interpersonnelles (avec la famille élargie, les amis et collègues) et 3. comme travailleur militaire.

suivants : (à titre de conjoint, de parent, avec la famille élargie, les amis et collègues, et finalement au travail) aux termes des traitements à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier ?

Nous désirons préciser que notre objectif initial au sujet de l'impact des traitements reçus visait à mieux comprendre ledit impact sur le fonctionnement social. Il ne s'agissait donc pas d'évaluer l'efficacité d'un type ou d'une modalité de traitement. C'est pourquoi notre question sur l'impact du traitement avait pour but d'identifier ce qu'il a été utile ou aidant dans l'exécution des rôles sociaux selon les participants.

À première vue, nos résultats ne nous permettent pas d'établir des liens directs entre la contribution de chacun des traitements et leurs impacts sur les différents rôles sociaux, mais bien d'en dégager la perception qu'ont les participants des traitements.

D'emblée, tous les participants perçoivent des changements et des gains positifs dans leur condition au cours du traitement du TSPT-TUS. Les participants rapportent ainsi avoir bénéficié des différents traitements reçus par les divers professionnels de la santé mentale. La majorité des participants soulignent leur complémentarité et leur contribution dans le rétablissement.

Il importe, au passage, de souligner que les participants ont tous reçu des traitements par l'entremise du programme PSTSO (Programme de soutien du trauma et stress opérationnel)¹²⁴ qui offre des traitements par une équipe interdisciplinaire.

En général, les participants se sont dits très satisfaits du professionnalisme et des soins reçus dans les services en santé mentale. Cependant, bien que les services de crise de la clinique soient bien connus et facilement accessibles, les participants ont fait part de délais importants pour obtenir de l'aide spécialisée pour le TSPT-TUS (c.-à-d. en psychologie) et pour l'obtention d'un diagnostic médical. Un participant a nommé l'importance d'obtenir des

¹²⁴ Voir le chapitre 2 pour une description des programmes offerts à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

soins spécialisés rapidement. Ce type de commentaire mérite notre attention, car nos résultats indiquent que les militaires attendent parfois longtemps avant de reconnaître les signes, et, ensuite, avant de consulter.

De plus, nous avons noté que le diagnostic du TUS semble plus facilement et rapidement identifié que celui du TSPT par les médecins. Par exemple, un participant explique avoir subi une investigation médicale de sa condition physique complète avant que le médecin envisage la possibilité d'une problématique de santé mentale. On peut alors faire un lien avec la théorie ou certaines études qui ont démontré que les symptômes de TUS peuvent masquer ou exacerber certains symptômes du TSPT, compliquant ainsi le diagnostic et le traitement. Autrement dit, la présence d'un TUS peut aggraver les symptômes du TSPT, et la sévérité des symptômes du TSPT peut augmenter ceux du TUS (Ouimette, Finney et Moos, 1999 ; Debell et collab., 2014).

Bref, les participants perçoivent des gains associés aux traitements du TSPT-TUS offerts par la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Ces gains, selon les dires des participants, consistent en une amélioration des symptômes du TSPT-TUS ainsi qu'une amélioration de l'exercice des rôles sociaux (de conjoint, de parent, au travail avec la famille élargie, les amis et les collègues). Au final, les participants rapportent avoir bénéficié des différents traitements reçus par les divers professionnels de la santé mentale, malgré les délais d'accès dans les services spécialisés en santé mentale.

6.1.2. Réponse à la deuxième question de recherche

Est-ce que les militaires présentent toujours des difficultés sur le plan de l'exécution des rôles sociaux à la fin des traitements du TSPT-TUS ? Si oui, lesquelles ?

Les résultats de notre recherche concernant les conséquences du TSPT-TUS sur l'exercice des rôles sociaux chez nos participants concordent avec les résultats obtenus des recherches traitant de l'état du fonctionnement social chez les militaires avec un TSPT (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 ; Schnurr et collab., 2009 ; Zatzick, et collab., 1997 ; Tetzlaff, 2015). En effet, comme ces études l'ont démontré, les militaires vivent des conséquences

sur le plan du fonctionnement social et certaines difficultés de fonctionnement peuvent subsister même après les traitements (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 ; Schnurr et collab., 2009 ; Zatzick, et collab., 1997 ; Tetzlaff, 2015).

Cela dit, les symptômes persistants de TSPT les plus fréquemment identifiés par les participants sont les suivants : l'anxiété, les manifestations d'hypervigilance, les reviviscences, la gestion de la colère, et la vulnérabilité à la rechute dans la consommation d'alcool. Des états d'être que nous savons capables d'affecter, à des degrés divers, les rôles sociaux. Attardons-nous, pour mieux comprendre, aux résultats compilés eu égard des rôles de conjoint, de parent, au travail ainsi que dans les autres rôles sociaux.

Dans le rôle de conjoint

Dans le chapitre 5, nous avons décrit les difficultés de régulation émotionnelle, et particulièrement, de la colère des participants. Ces difficultés se manifestent par de l'irritabilité, de l'impatience et de l'agressivité verbale envers leur conjointe. Les difficultés de régulation de la colère, les problèmes de communication, de résolution de conflit et les excès de consommations décrits par les participants sont à mettre en lien avec les théories qui renforcent l'idée qu'elles peuvent, dans les faits, augmenter l'insatisfaction dans le couple (Chauvet, 2015 ; Tremblay, Bouchard et Bertrand, 2009). Il en est de même pour les propos rapportés par les participants concernant les conflits, les insatisfactions conjugales et leurs répercussions importantes sur la capacité d'expression affective et d'intimité sexuelle dans le couple (Gallant, 2015 ; Tsai et collab., 2012 ; Chauvet, 2015 ; Tremblay, Bouchard et Bertrand, 2009 ; Monson, Taft et Fredman, 2009).

L'usage fréquent et problématique d'alcool corrélé aux symptômes envahissants du TSPT limitèrent également les capacités des participants à répondre aux obligations du rôle de conjoint (Gallant, 2015 ; Tsai et collab., 2012). Les participants ont ainsi admis, comme relevé sur le plan théorique, que les conjointes ont assumé une grande part des responsabilités et des tâches domestiques (Calle, 2014). De plus, un participant nous a exprimé com-

ment l'engagement dans un traitement lui est apparu épuisant physiquement et psychologiquement. Cet épuisement lié à la participation à des traitements peut, encore-là, contribuer aux capacités limitées à répondre aux activités de la vie domestique.

Ensuite, les participants ont décrit que les conjointes ont dû adapter leur style de vie et leur vie sociale en fonction des manifestations de TSPT-TUS. Conformément aux résultats de certaines études (Sherman, Larsen, Borden, 2015; Schnurr et collab., 2009), nous avons noté que les symptômes d'anxiété, d'évitement et d'hypervigilance chez les participants limitèrent considérablement les activités sociales du couple. En conséquence, les conjointes des participants ont vécu des répercussions négatives sur le plan des relations et des activités sociales (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 ; Chauvet, 2015 ; Monson et collab., 2012). Nous retenons ainsi que le fonctionnement de la vie conjugale nous apparaît fortement organisé en fonction des symptômes persistants de TSPT-TUS des participants (Monson, Taft et Fredman, 2009).

Dans le rôle de parent

Tous les participants ont rapporté des difficultés dans l'exercice du rôle de père, ce qui concorde aux recherches consultées à ce sujet chez les militaires avec un TSPT (Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 ; Tsai, Pietrzak, et Southwick, 2012 ; Schnurr et collab., 2009 ; Cohen, Salomon et Zerach, 2011) et chez ceux avec un TUS (Chauvet, 2015 ; Clément et Tourigny, 1999).

Les participants ont indiqué avoir des limitations importantes dans leur capacité à répondre aux besoins affectifs et d'attention de leurs enfants. L'envahissement, par les symptômes de TPST-TUS, tel que la fatigue, l'anxiété, les reviviscences et l'évitement, rendent les participants moins disponibles à répondre aux besoins des enfants. Ces mêmes symptômes de TSPT ont été mis en évidence dans Cohen, Salomon et Zerach (2011) et Calle (2014) pour expliquer les difficultés parentales vécues par les militaires. L'envahissement par les symptômes de TPST-TUS crée un détachement émotif qui pourrait nuire considérablement à la capacité du militaire d'assurer une présence attentive et d'offrir du soutien au plan affectif

(Cohen, Salomon et Zerach, 2011 ; Calle, 2014 ; Chauvet, 2015 ; Clément et Tourigny, 1999).

En conséquence des difficultés des participants à répondre aux besoins affectifs et d'attention de leurs enfants, les conjointes ont dû assumer une part importante des responsabilités parentales pour compenser celles de leur conjoint (Cohen, Salomon et Zerach, 2011 ; Calle, 2014). Les participants ont, en cela, été clairs. En fonction des difficultés liées au TSPT-TUS, ils ont laissé la mère répondre aux besoins affectifs des enfants. Un participant a aussi indiqué avoir utilisé l'alcool pour fuir ses responsabilités parentales et domestiques dans le passé. Peut-on, par cela, dire que le rôle de père chez nos participants correspond davantage à un modèle masculin plus traditionnel (Régimbald et Deslauriers, 2010) ?

Pour résumer, et malgré une certaine amélioration apportée aux symptômes TSPT-TUS par les traitements, on constate que les participants ont encore des difficultés à répondre à leur rôle de père. Aussi, nous avons identifié quelques facteurs susceptibles d'influencer l'exercice du rôle de père chez les participants, dont : les absences répétées associées à la carrière militaire, l'adhésion du militaire à rôle masculin traditionnel, le rôle compensatoire de la mère concernant les responsabilités parentales¹²⁵ et l'adaptation de la vie familiale autour des limitations des participants (Calle, 2014).

Tous ces facteurs relationnels, qui pourtant exercent une influence sur les capacités parentales et sur les relations pères-enfants, sont pas directement ciblées durant les traitements du TSPT-TUS.

Dans le rôle au travail

Nos participants conviennent qu'un arrêt de travail peut être nécessaire, car l'environnement de travail militaire devient une source de stress importante durant leur traitement. Ils rap-

¹²⁵ Nous voulons préciser que tous les participants vivaient avec leur conjointe lorsque nous les avons rencontrés. Alors, le partage des responsabilités parentales aurait pu être bien différent si nos participants vivaient en situation de monoparentalité ou avaient une garde partagée des enfants.

portent en cela qu'accepter cette décision est difficile, car elle implique des pertes significatives sur le plan de la progression de la carrière militaire et de l'incertitude concernant un retour futur au travail. On peut alors faire des liens significatifs avec ce qui avait été identifié dans les travaux de Rodriguez, et collab. (2012), Schnurr et collab. (2009) et Rona et collab. (2010).

Bien que la vie militaire et les relations entre collègues ont pris une place prépondérante tout au long de leur carrière, la plupart des participants ont coupé tous les liens avec le milieu de travail et leurs collègues depuis l'arrêt de travail. D'autres ont gardé quelques contacts avec des amis-militaires, mais les difficultés d'isolement social subsistent. Nos observations empiriques correspondent donc à celles de Gibbs, Clinton-Sherrod et Johnson (2012, cités dans Sherman, Larsen, Borden, 2015) et Schnurr et collab. (2009). Les recherches sur les vétérans ayant participé à l'OEF/OIF¹²⁶ révèlent que plusieurs éprouvent des difficultés à entretenir des relations sociales. Ce qui peut avoir un impact majeur sur la capacité à reprendre un travail militaire qui, au demeurant, demande des interactions sociales constantes (Gibbs, Clinton-Sherrod et Johnson, 2012 cités dans Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Schnurr et collab., 2009).

Contrairement à ce que nous avons anticipé, la majorité des militaires rencontrés étaient en accord avec la libération médicale, puisqu'ils ne se voyaient plus poursuivre leur carrière militaire. Malgré le fait qu'ils n'avaient, pour la plupart, pas de plan précis de seconde carrière au moment de l'entrevue, la majorité n'a pas exprimé d'inquiétude financière.

Ce constat nous porte à croire que les militaires sont au courant des différents programmes de soutien, tant financiers que de réadaptations disponibles par le ministère des Anciens Combattants. Un seul participant a indiqué être très incertain de ses capacités de reprendre un travail éventuel étant donné sa condition actuelle.

¹²⁶ Rappelons que les militaires américains ont participé depuis 2001 à deux opérations majeures soient : l'*Operation Enduring Freedom (OEF)* en Afghanistan d'octobre 2001 à décembre 2014, et l'*Operation Iraqi Freedom (OIF)* en Irak de mars 2003 à août 2010.

Dans les autres rôles sociaux

Plusieurs participants ont indiqué s'être isolés socialement à cause de leur état d'hypervigilance et d'évitement. Selon la littérature, ces états entraînent progressivement le retrait du militaire des activités de loisirs et d'occasions de socialisation avec les autres permettant d'entretenir des relations amicales (Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Schnurr et collab., 2009).

Les participants ne semblaient pas non plus ressentir le besoin d'impliquer la famille élargie comme source de soutien dans leurs traitements, ni de partager avec eux leurs expériences vécues. En fait, plusieurs indiquèrent que la famille élargie savait bien peu de choses sur leur condition actuelle. La difficulté de se confier et d'aller vers autrui pour du soutien social pourrait être influencé par plusieurs facteurs, tels que l'adhésion à un modèle masculin traditionnel, la crainte d'être stigmatisé, le style de vie militaire ponctué d'absences répétées et de déménagements à l'extérieur de la région. Tous ces facteurs peuvent avoir pour conséquence de créer une distanciation entre les participants et les membres de la famille élargie. Retenons ainsi que les militaires, confrontés à un TSPT-TUS, ne recouraient donc pas spontanément vers ces personnes pour du soutien.

6.1.3. Réponse à la troisième question

Quels sont les éléments des différents traitements reçus pour le TSPT-TUS la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier qui ont été les plus favorables en fonction de l'exécution des rôles sociaux identifiés ?

Nous nous sommes intéressés aux apprentissages réalisés durant le parcours de soins de nos participants. En fait, nous avons voulu connaître les stratégies les plus aidantes ou les plus utiles du point de vue des participants. Tous les exemples de stratégies de traitements identifiées jugés utiles par les participants sont des composantes du traitement cognitif comportemental et pharmacologique du TSPT et du TUS. Notre recension des écrits en a discuté lorsque nous avons présenté les travaux de Roberts, Roberts et Bisson (2015), de McCauley et collab. (2012), de McBride (2007) et Hinkly (2012).

Selon nos participants, les stratégies d'apaisement de l'anxiété telles que la respiration diaphragmatique, les techniques d'ancrage dans la réalité, et la médication semblent les plus utilisées. Les participants ont également identifié l'apprentissage de la gestion émotionnelle, surtout de la colère, et des techniques comportementales d'autocontrôle ou de cessation de l'alcool comme étant des techniques utiles.

Nous avons noté qu'un seul participant a mentionné avoir fait de l'exposition aux situations sociales et aux événements traumatiques de mission. Cette nouvelle nous étonne, puisque la littérature sur la question montre que ce genre de traitement est bénéfique pour la gestion du TSPT-TUS (Drapkin, 2011 ; Van Dam, 2012 ; McCauley et collab., 2012 ; Najavits et Hien, 2013 ; Roberts et collab., 2016). Comme le veut la littérature, ces interventions ont contribué à l'amélioration des capacités des individus à participer à des activités sociales.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le faible nombre de participants ayant rapporté l'exposition aux situations sociales et aux événements traumatiques dans les traitements obtenus. Il est possible qu'en raison de la petite taille de l'échantillon que notre groupe soit peu représentatif de ce qui se passe dans le traitement habituel du TSPT-TUS — qu'en réalité, la majorité des militaires reçoit à la fois des traitements cognitifs comportementaux qui incluent de l'exposition et de la médication.

Il se peut aussi que la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier soit une exception et qu'ailleurs, dans les cliniques de santé mentale sur d'autres bases militaires canadiennes, l'exposition est plus souvent utilisée. Une autre explication : peut-être que les participants ont simplement omis d'identifier ces interventions ou qu'ils ne considèrent pas l'exposition comme un élément significatif de leur traitement. Aussi, il est possible que les participants peuvent avoir refusé de s'engager dans ce type d'intervention assez éprouvante, ou que le psychologue n'ait pas offert ce type d'intervention en raison de son évaluation de l'état psychologique des participants.

Comme le rappelle notre recension des écrits, quelques études ont noté que ceux avec un trouble concomitant de TPST-TUS abandonnent prématurément et de façon plus fréquente

les traitements, utilisent davantage des stratégies d'évitement, vivent une plus grande détresse psychologique et rechutent plus fréquemment dans la consommation d'alcool. Ce qui, par la force des choses, en fait des candidats moins susceptibles de recevoir ce traitement par exposition (Debell et collab., 2014 ; Ouimette, Finney et Moos, 1999 ; Simoneau et Guay, 2008 ; McBride, 2007 ; McCauley et collab., 2012 ; Chauvet, 2015, Hinkly, 2012 ; Roberts et collab., 2015).

Selon les participants, les interventions pharmacologiques et les interventions cognitives comportementales individuelles ou de groupe qui ont été effectuées par les psychiatres, les travailleuses sociales et les psychologues apportent des gains différents et complémentaires.

Le groupe psychoéducatif Groupe de blessure de stress opérationnel (GBSO) a été identifié par quatre participants comme un élément important de la démarche. À la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, la psychoéducation s'effectue en séances de groupe et demeure une composante importante dans le traitement cognitif-comportemental tant du TSPT que du TUS.

Le GBSO est offert rapidement à la suite de la demande d'aide au Programme de Soutien du Trauma et Stress Opérationnel (PSTSO). Les objectifs de ce groupe sont d'aider les militaires à mieux comprendre ce qu'ils vivent et surtout, ils visent à identifier les manifestations de TSPT et du TUS, de mettre des mots sur leur vécu. Ceci est significatif pour nos répondants, car, comme nous avons déjà expliqué dans une section précédente (à la section 5.2.1.), ils ne comprennent pas ce dont ils souffrent ni pourquoi. Ainsi, le groupe GBSO semble répondre à ce besoin.

Parmi les participants, deux ont assisté au groupe sur l'abus de substance et stress opérationnel (ASSO). Ils ont apprécié l'exploration approfondie des thèmes et le partage des expériences avec les autres membres du groupe. Le partage d'expériences similaires est l'un des apports connus des interventions de petits groupes dans le domaine du TUS et du TSPT. La modalité de groupe permet aux participants de briser l'isolement social, offre une occasion d'exposition sociale dans un environnement contrôlé, et soutient le développement

d'habiletés de communication et de gestion émotionnelle (Sloan et collab., 2013 ; Pooles et collab., 2014 ; Mott et collab., 2013 ; Price et collab. 2013).

En fin de compte, nous constatons que les participants favorisent la pharmacothérapie et les composantes de la thérapie cognitive comportementale telles que la psychoéducation, les techniques de gestion de l'anxiété, l'apprentissage d'habileté de gestion des émotions et l'autocontrôle de la consommation d'alcool. Selon les participants, ces stratégies demeurent les plus utilisées. Par contre, peu d'interventions axées sur l'exposition semblent avoir été tentées auprès d'eux.

En conclusion, les participants considèrent s'être améliorés grâce aux traitements du TSPT-TUS offerts par la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. Selon les dires de ces derniers, cela se traduit par une amélioration des symptômes du TSPT-TUS ainsi qu'une amélioration de l'exercice des rôles sociaux (de conjoint, de parent, au travail avec la famille élargie, les amis et les collègues).

Cependant, — et nous l'avons soulevé plus haut, — le fonctionnement de la vie quotidienne avec la conjointe et les enfants nous apparaît fortement organisé en fonction des symptômes persistants de TSPT-TUS. Et, parmi les stratégies thérapeutiques considérées comme des plus utiles chez les participants, on retrouve la pharmacothérapie et les composantes de la thérapie cognitive comportementale qui, encore là, n'incluent pas l'exposition.

6.2. Les réponses à nos questions reliées à nos hypothèses

Malgré la taille de notre échantillon, on constate assez facilement que nous avons atteint un point de saturation théorique significatif — nos résultats correspondent en grande partie à la littérature. En effet, il semble que les militaires que nous avons rencontrés en entrevue :

1. perçoivent une amélioration des symptômes du TSPT-TUS ainsi qu'une amélioration de l'exercice des rôles sociaux ;
2. présentent des symptômes persistants de TSPT-TUS qui affectent encore l'exercice des rôles sociaux ;
3. utilisent la pharmacothérapie et les composantes de la thérapie cognitive comportementale comme stratégies.

Nos données nous permettent en cela de confirmer assez rapidement les hypothèses. Pour preuve, tous les participants ont évoqué que le TSPT-TUS avait, avant le début des traitements à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, des conséquences dans l'ensemble des rôles sociaux, ce qui confirme l'hypothèse 1.

L'hypothèse 2 s'est également avérée confirmée. Tout d'abord, les résultats nous démontrent que les participants demeurent avec des symptômes de TSPT-TUS qui continuent de nuire à l'exécution de plusieurs rôles sociaux. Et ce, en dépit du fait que les participants ont : 1. reçu des traitements pour le TSPT-TUS sur une longue période (minimalement d'une année) ; 2. qu'ils soient satisfaits et qu'ils considèrent les traitements efficaces ; 3. qu'ils perçoivent une amélioration de leur condition. Tout bien considéré, ces résultats nous questionnent sur l'impact réel des traitements reçus du TSPT-TUS sur le fonctionnement social, et plus particulièrement sur l'exercice des rôles sociaux chez les participants.

Notre dernière hypothèse postulant que les militaires atteints de TSPT-TUS requièrent des traitements diversifiés offerts par une équipe interdisciplinaire pour favoriser l'exécution de leurs rôles sociaux se trouve également confirmée. Les répondants ont tous reçu des traitements offerts par différents professionnels de la santé¹²⁷, dont de la médication, des traitements selon l'approche cognitive comportementale en modalité individuelle et parfois de groupe.

Si cette hypothèse s'avère exacte, c'est que nos données révèlent le caractère multidimensionnel et multifactoriel du TSPT-TUS. Ce qui, par ricochet, impose une diversification des traitements afin de favoriser le rétablissement du fonctionnement social, même au-delà de ce qu'ont rapporté les répondants. En d'autres mots, l'ensemble des forces et des limites des

¹²⁷ Tous les participants provenaient du programme du PSTSO de la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier. De par la structure et la prestation des soins offerts sur cette base militaire, les participants ont, de facto, reçu des traitements par une équipe interdisciplinaire. Nous considérons néanmoins cette hypothèse pertinente puisque l'organisation et l'accès à des soins ou des traitements pour le TSPT-TUS peuvent varier considérablement selon les établissements de santé mentale.

individus ainsi que les forces et les limites des écosystèmes de l'individu doivent être pris en considération dans le traitement du TSPT-TUS. C'est par la connaissance de l'état du fonctionnement social, des relations interpersonnelles et sociales des militaires avec un TSPT-TUS que l'on sera en mesure d'identifier les types d'interventions susceptibles de favoriser une interaction bénéfique entre le militaire (par la pratique directe) et ces différents écosystèmes (par la pratique indirecte).

6.3. Le modèle écologique du développement humain

Dans le chapitre 3 consacré au contexte théorique de ce mémoire, nous avons brièvement présenté le modèle écologique proposé par Bronfenbrenner (1979). Selon Bronfenbrenner (1979), l'individu est en interaction constante avec son environnement et ces différents systèmes qui l'entourent de manière directe et indirecte. L'approche écologique nous permet, dès lors, d'analyser et de considérer de façon simultanée à la fois le niveau social, communautaire, familial et individuel (Bouchard, 1987).

Nous croyons utile de considérer divers niveaux d'analyse de nos résultats de recherche en y appliquant le modèle écologique car cela permet d'illustrer les liens intéressants pour mieux comprendre et approfondir la problématique étudiée. D'ailleurs, considérant nos résultats et les théories présentées sur l'étiologie du TSPT, comme le modèle de Joseph, celui de Williams et Yule (1997)¹²⁸, et celui de la Loi de l'effet¹²⁹ (concernant l'utilisation de substances), ils démontrent l'importance d'inclure les facteurs individuels (c.-à-d. de l'ontosystème) et les facteurs environnementaux (du microsystème, du mésosystème et du macrosystème) impliqués dans le développement ou le maintien des problèmes de TSPT ou TUS.

¹²⁸ Voir la section 3.4.1. du chapitre 3.

¹²⁹ Voir la section 3.5. du chapitre 3.

6.3.1. L'ontosystème

Bronfenbrenner (1979) présente l'individu comme le premier des systèmes, soit l'ontosystème. Ce système — et nous l'avons mentionné dans le chapitre 3, — comprend les caractéristiques innées et acquises de l'individu, telles que son langage, ses comportements, ses émotions, sa santé physique et mentale, etc. L'ontosystème comprend aussi l'ensemble des compétences, des habiletés, des vulnérabilités ou des déficits, innés ou acquis, d'un individu. Or, dans la perspective écologique, nous avons vu que l'individu n'est pas considéré comme celui qui ne fait que subir son environnement ; il contribue aussi à le modifier et, par le fait même, à se transformer lui-même.

Ainsi, il appert que dans le cadre de notre recherche, les caractéristiques de l'ontosystème, c'est-à-dire de celles des participants, exerceront une influence dans la manière dont ces derniers vivront l'expérience d'être atteint d'un TSPT-TUS, dans la façon dont ils se comporteront dans les autres systèmes (microsystème, macrosystème), et finalement, sur l'expérience du traitement.

Comme nous avons mentionné antérieurement dans le chapitre consacré à la description des résultats, les participants ont rapporté plusieurs manifestations du TSPT-TUS que nous pouvons recouper sous les catégories suivantes : les symptômes liés à l'évitement et au détachement émotionnel, les symptômes d'hypervigilance (l'irritabilité, la colère, trouble de sommeil) et la surconsommation d'alcool. Selon nos conclusions précédentes, ces symptômes de TSPT-TUS semblent bien s'améliorer par les traitements, mais certains symptômes résiduels génèrent des difficultés persistantes dans le fonctionnement quotidien des participants.

Par exemple, les participants présentent toujours un niveau élevé d'anxiété et tendent à éviter les situations qui suscitent cette anxiété dans les activités sociales, dans les loisirs et dans la vie quotidienne. En effet, plusieurs participants continuent d'utiliser le contrôle des stimuli de leur environnement comme moyen de minimiser les déclencheurs potentiels d'anxiété. À titre d'exemple, il nous vient à l'esprit les propos de ce participant qui partageait sa dernière sortie au cinéma. Ce dernier précisant qu'il a stratégiquement choisi un siège isolé

des gens, situé très près d'une sortie en cas d'urgence. On peut constater par ce seul exemple que l'utilisation du contrôle de l'environnement témoigne de la présence d'une anxiété importante et/ou d'un état d'hypervigilance chez ceux qui doivent composer au quotidien avec le TSPT-TUS. Nos résultats prouvent en quelque sorte que les répondants se sont adaptés aux manifestations du TSPT-TUS en modifiant leurs comportements par l'adoption de stratégies d'évitement dans la vie quotidienne.

Un autre exemple de stratégie d'évitement est la surutilisation de l'alcool comme stratégie privilégiée de diminution des symptômes du TSPT. Cette stratégie, correspondant à l'automédication par l'alcool, semble suffisamment efficace pour masquer les symptômes de TSPT. Puisque l'effet de l'alcool cache les symptômes du TSPT, l'automédication contribue au développement d'un TUS et au maintien des symptômes de TSPT (Ouimette, Finney et Moos, 1999 ; Debell et collab., 2014). Ainsi, l'automédication pourrait être un facteur contributif aux difficultés qu'ont les participants à reconnaître les symptômes de TSPT-TUS, retarderait la demande d'aide des militaires.

En plus de l'usage de l'alcool, certains participants ont rapporté avoir eu des comportements compulsifs avec les jeux de hasard ou les jeux vidéo par exemple, comme stratégie d'automédication, ce qui n'a pas été relevé dans notre recension des écrits. Considérant ce qui précède, ceci nous permet de suggérer que la théorie de l'automédication du TSPT pourrait également s'appliquer à d'autres types de dépendance. Autrement dit, la surconsommation d'alcool et l'usage de comportements compulsifs peuvent entraîner des conséquences sur le répondant lui-même et sur l'ensemble des rôles sociaux qu'il doit actualiser dans le micro-système.

Nous avons vu plus haut que les répondants demeurent symptomatiques et avec un fonctionnement social altéré même à la fin des traitements du TSPT-TUS. Partant de ce fait, ceci nous amènent à questionner ce qui pourrait expliquer la persistance des symptômes de TSPT-TUS et le peu de gain relativement à l'exercice des rôles sociaux à la fin des traitements. Une explication pourrait faire l'hypothèse que certaines caractéristiques, associées ici à l'ontosystème, interfèrent dans l'efficacité des traitements du TSPT-TUS. En effet, les recherches ont établi que ceux avec un TSPT-TUS présentent une anxiété plus sévère et une

plus faible tolérance à l'anxiété (McBride, 2007 ; McCauley et collab., 2012) ; qu'ils sont plus à risque de souffrir d'un autre trouble de santé mentale concomitant (Roberts, Roberts et Bisson, 2015) ; qu'ils utilisent plus de stratégies d'évitement pouvant s'avérer nuisibles au traitement (Ouimette, Finney et Moos, 1999) ; qu'ils retirent moins de bénéfices des traitements reconnus pour le TSPT (Debell et collab., 2014 ; Ouimette, Finney et Moos, 1999 ; Roberts, Roberts et Bisson, 2015 ; Simoneau et Guay, 2008) et qu'ils demeurent fragiles à la rechute dans la consommation (Simoneau et Guay, 2008 ; McBride, 2007 ; McCauley et collab., 2012 ; Ouimette, Finney, & Moos, 1999 ; Hinkly, 2012).

Bien que ces caractéristiques de l'ontosystème soient importantes pour comprendre la persistance des symptômes de TSPT-TUS ou pour constater le gain relatif dans les traitements, cette perspective nous apparaît quand même restreinte sur le plan du vécu quotidien des participants visés par notre recherche. Restreinte, car si les traitements ont pour objectif une amélioration des symptômes de TSPT-TUS, en offrant aux militaires des stratégies et de la médication, ils tiennent peu compte de la pression exercée par l'environnement du militaire lorsqu'il n'est pas en mesure de répondre aux attentes ou aux obligations associées à ses rôles sociaux.

À titre d'exemple, rappelons de nouveau les propos d'un participant qui a indiqué que le traitement était tellement exigeant et épuisant sur le plan émotif et physique, qu'il n'était plus en mesure de contribuer aux tâches domestiques. Cet épuisement surajouté aux symptômes du TSPT-TUS peut causer une pression additionnelle sur la relation conjugale. Cette tension dans le couple, si elle n'est pas résolue adéquatement, viendra, à son tour, augmenter le niveau de stress déjà ressenti. Et par conséquent, cela peut accentuer chez le militaire le risque d'éclat de colère ou de rechute dans l'alcool. Ces situations liées à l'exercice des rôles sociaux, dans la vie quotidienne des militaires, ont pourtant une influence directe sur les symptômes de TSPT-TUS.

Finalement, on constate que les participants se sont adaptés à leurs symptômes persistants de TSPT-TUS et que ces symptômes continuent d'exercer un impact sur la façon dont ils s'engagent dans les activités de la vie quotidienne et dans leurs rôles sociaux. Nous aborderons de façon plus explicite les impacts et les répercussions des limites soulevées par les

participants sur le plan des rôles sociaux dans notre prochaine section consacrée au micro-système.

6.3.2. Le microsysteme et mesosysteme

Le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) aborde le microsysteme et le mesosysteme, des systemes environnementaux importants de l'individu. Rappelons que le microsysteme renvoi à l'environnement direct de l'individu. Cet environnement comprend le milieu de vie immediat de l'individu (p.ex. le milieu de travail) et les personnes avec qui il a des relations directes (p.ex. les membres de la famille nucleaire). Nous considererons donc l'exécution des rôles sociaux chez les hommes militaires comme faisant partie du microsysteme.

Les conséquences du TSPT-TUS sur l'exercice des rôles sociaux rapportés par nos participants confirment les résultats de recherches sur le fonctionnement social des militaires avec un TSPT (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 ; Schnurr et collab., 2009 ; Zatzick, et collab., 1997) et sur l'impact du traitement du TSPT sur le fonctionnement social (Monson et collab., 2012 ; Wachen et collab., 2014 ; Lunney et Schnurr, 2007 ; Holliday et collab., 2015). À ce titre, tous les participants ont affirmé que le TSPT-TUS cause des problèmes et que ces problèmes persistent dans l'exercice de plusieurs rôles sociaux: le rôle de conjoint, le rôle de parent, le rôle au travail et les autres relations sociales (c'est-à-dire, de la famille élargie, d'ami ou de collègue). On peut alors faire des liens entre nos résultats concernant une population atteint d'un trouble concomitant de TSPT-TUS et ces recherches sur le traitement du TSPT qui évoquaient que certaines difficultés sur le plan du fonctionnement social pouvaient persister après les traitements (Gallant, 2015 ; Tsai et collab., 2012 ; Schnurr et collab., 2009 ; Monson, Taft et Fredman, 2009 ; Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012).

Dans le rôle de conjoint et de parent

Les participants ont rapporté plusieurs difficultés conjugales et parentales associées au TSPT-TUS. Cela est conforme aux résultats de plusieurs études sur le sujet (Gallant, 2015 ;

Tsai et collab., 2012 ; Schnurr et collab., 2009 ; Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 ; Chauvet, 2015).

Sur ce point, rappelons ici au lecteur, les principales conséquences-incidences du TSPT-TUS sur les rôles de conjoint et de parent : la surconsommation d'alcool comme déclencheur de conflits conjugaux (Chauvet, 2015 ; Tremblay, Bouchard et Bertrand, 2009) ; la colère, l'irritabilité et l'agressivité verbale qui nuisent à la résolution de conflit et à la communication dans le couple (Monson, Taft et Fredman, 2009 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012 ; Calle, 2014) ; le manque d'expression affective et d'intimité sexuelle dans le couple (Gallant, 2015 ; Tsai, Pietrzak, et Southwick, 2012 ; Chauvet, 2015 et Monson, Taft et Fredman, 2009), et, finalement, la prise en charge par la conjointe de la majorité des responsabilités conjugales, parentales ou domestiques (Monson, Taft et Fredman, 2009 ; Sherman, Larsen et Borden, 2015 ; Chauvet, 2015 ; Tremblay, Bouchard et Bertrand, 2009 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012).

En ce qui a trait aux impacts des traitements reçus pour le TSPT-TUS par les participants, il semble qu'une amélioration de la gestion de la colère, de l'anxiété et une meilleure capacité d'expression de soi ont contribué à augmenter la satisfaction de la relation conjugale et parentale (Monson et collab. 2012). Malgré ces améliorations, nous avons relevé l'idée que les participants présentent encore des difficultés persistantes dans le rôle de conjoint et de parent, conformément aux recherches sur le traitement du TSPT. Cela rend compte des possibles limites des interventions sur l'ontosystème dans le rétablissement des rôles de conjoint et de parent.

Outre les conséquences du TSPT-TUS sur les rôles de conjoint et de parent, il faut également rappeler que les militaires et leur famille correspondent à un modèle familial plus traditionnel. Cela, parce que nous avons vu que les responsabilités et les obligations liées au rôle parental et aux tâches domestiques incombent essentiellement à la mère¹³⁰. Ces responsabilités et obligations reviennent à la mère durant les nombreuses absences du militaire

130 En assumant ici que l'homme est le militaire.

(Blow et collab., 2015, Régimbald et Deslauriers, 2010), mais aussi lorsque le militaire est atteint d'un TSPT et d'un TUS. La conjointe doit, encore-là, assumer l'ensemble des responsabilités conjugales et parentales. Ce qui n'est pas sans susciter de pression sur le micro-système (Blow, 2015 ; Calle, 2014).

Devant l'ensemble des difficultés soulevées plus haut sur le plan conjugal et parental, il semble que les conséquences interhumaines liées au TSPT-TUS font ressortir toute l'importance du rôle joué par la mère comme soutien de la famille. Pour les participants, il apparaît clair que la conjointe constitue le soutien social central. Étant donné ce rôle aussi significatif de la conjointe sur le plan du soutien social et dans l'organisation de la vie domestique, il nous semble essentiel de réfléchir à des moyens visant à soutenir la conjointe. Déployer des stratégies en vue de prévenir l'épuisement de la conjointe pourrait contribuer à la satisfaction conjugale et parentale. Autrement dit, toutes interventions faites sur le micro-système pourraient minimiser les risques de violence, de rupture du couple et de la dislocation de la famille. Ces constats et stratégies à déployer auprès des conjointes des militaires nous apparaissent d'une importance majeure, surtout si l'on considère l'impact dévastateur que peut représenter la rupture du couple chez les militaires. En effet, les ruptures et les séparations conjugales représentent un facteur de risque significatif de suicide tant chez les militaires des FAC (Rolland-Harris, 2017) que chez les hommes québécois en général (Houle, 2005).

Monson, Taft et Fredman (2009) ont, en cela, fait état de modèles d'interventions conjugales spécifiques pour ceux avec un TSPT. Selon ces modèles, des interventions sur le système conjugal permettent de réduire les symptômes du TSPT et d'améliorer la satisfaction conjugale, surtout lorsqu'elles visent à mettre un terme au cycle de renforcement négatif (Monson, Taft et Fredman ; 2009). En d'autres mots, si les problèmes conjugaux induisent chez l'individu avec un TSPT une pression et un stress important qui génèrent, à leur tour, une augmentation des symptômes de TSPT, il faut explorer les facteurs conjugaux comme facteurs de maintien ou non des difficultés persistantes de TSPT-TUS chez les militaires canadiens. Chose certaine, nos résultats font ressortir le besoin d'accorder une importance no-

table à l'impact de la relation conjugale dans l'évolution des facteurs étiologiques des militaires avec un TSPT-TUS (Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Rodriguez, Holowka et Marx, 2012).

Bref, autant nos résultats et que les études recensées sur le TSPT, le TUS et la relation conjugale et parentale, nous laissent croire que la dynamique relationnelle et l'organisation de la vie conjugale et familiale se sont adaptées autour des limites des participants. En outre, nous avons noté que les conjointes jouent un rôle central dans le bon fonctionnement de la vie domestique, et ce, malgré les traitements sur les symptômes du TSPT-TUS (Gallant, 2015 ; Tsai, Pietrzak, et Southwick, 2012 ; Schnurr et collab., 2009 ; Monson, Taft et Friedman, 2009). Comme souligné dans Calle (2014), ces manifestations durables de symptômes chez les participants, nous portent à croire que l'organisation de la vie quotidienne et sociale du microsysteme, c'est-à-dire de la famille immédiate (les enfants et la conjointe), s'articule autour des limites des participants, autour des limites de l'ontosystème. Des interventions sur la relation conjugale devraient être considéré dans le traitement des militaires avec un TSPT-TUS, car cela pourrait améliorer le fonctionnement social et contribuer à la réduction des symptômes TSPT-TUS.

Dans le rôle au travail

Les effets de l'ontosystème sur le microsysteme ne s'arrêtent pas là. Pensons, pour mieux comprendre, au fait que l'ensemble des participants ont dû accepter un arrêt de travail durant leur traitement pour le TSPT-TUS. Ils n'arrivaient plus à fonctionner dans un environnement militaire, voire, de composer avec les responsabilités, le stress du travail ou de se soumettre à l'autorité de leur chaîne de commandement (Rodriguez, Holowka et Marx, 2012; Schnurr et collab. 2009; Rona et collab., 2010).

De plus, l'arrêt de travail coïncide avec le retrait des relations sociales dans le milieu de travail. La majorité des participants ayant coupé tous les liens avec leurs collègues. Même si ce retrait de la vie sociale (avec les collègues) n'était pas perçue comme problématique par les participants, la rupture de relations sociales peut contribuer à l'isolement social. Cela peut aussi nuire à la capacité des militaires avec un TSPT de reprendre un travail qui exige

des interactions sociales constantes (Gibbs, Clinton-Sherrod et Johnson, 2012 cités dans Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Schnurr et collab., 2009). La théorie en cela est éclairante, car elle précise que le manque de soutien social, accompagné de liens sociaux déficients, est un facteur prédictif des plus importants dans le maintien des symptômes associés au TSPT et du TUS. (Guay, 2011 ; Chauvet, 2015).

En somme, on comprend ainsi que même si les participants acceptent un arrêt de travail et débutent les traitements pour le TSPT-TUS, ce n'est pas la majorité des répondants qui vont se rétablir suffisamment pour reprendre leur travail militaire. Ces derniers sont alors plus susceptibles de vivre de vivre de l'isolation sociale. Autrement dit, le retrait des participants dans leur rôle de militaire au travail entraîne une augmentation de l'isolement social. Ce qui, par conséquent, nuit au soutien social disponible.

Dans les autres rôles sociaux

La majorité des participants ont indiqué s'être isolés socialement. Le retrait du militaire des activités de loisirs et d'occasions de socialiser avec ses amis et sa famille élargie entraîne aussi des difficultés à maintenir des relations sociales (Gibbs, Clinton-Sherrod et Johnson, 2012 cités dans Sherman, Larsen, Borden, 2015 ; Schnurr et collab., 2009). D'ailleurs — et les propos des participants l'évoquent, — peu de participants se confient à des membres de leur entourage comme les amis ou la famille élargie. Ils ne cherchent pas non plus leur soutien. Ce constat se montre cohérent avec les résultats des études qui ont démontré que ceux avec un TSPT-TUS sont plus isolés socialement et obtiennent moins de soutien social que ceux avec un TPST sans TUS (Simoneau et Guay, 2008 ; McBride, 2007, MacCauley et collab., 2012).

Afin de contrecarrer les effets de l'isolement social et du manque de soutien social, la modalité de traitement du TSPT-TUS en petits groupes offre la possibilité d'obtenir du soutien par le partage d'un vécu commun, sans crainte d'être jugé (Sloan et collab., 2013 ; Pooles et collab., 2014 ; Mott et collab., 2013 ; Price et collab. 2013). Plusieurs participants ayant

reçu des traitements en groupe, ont rapporté des bénéfices reliés à cette modalité thérapeutique dont la possibilité d'échanger avec d'autres, d'approfondir des thèmes qui les touchent, ce qui favorise une meilleure compréhension d'eux-mêmes.

En résumé, les difficultés relationnelles liées à l'isolement social et à l'incapacité à se confier à d'autres persistent malgré les traitements de TSPT-TUS. Malgré l'apport significatif que revêt le soutien social dans les traitements, peu d'interventions semblent avoir été proposées aux membres de l'entourage des militaires pour composer avec les conséquences du TSPT-TUS chez ces derniers. Or, intervenir auprès de l'entourage pourrait permettre de prévenir l'épuisement et la détérioration du soutien social des militaires.

6.3.3. L'exosystème et le macrosystème

Débutons par faire un bref rappel sur la définition de l'exosystème et du macrosystème : l'exosystème fait référence au rapport entre l'individu et les institutions ou les milieux sociaux¹³¹ (Bouchard, 1987), alors que le macrosystème, fait référence, dans un sens plus large, à l'ensemble des valeurs, des croyances, des règles de conduite qui, en quelque sorte, constitue le cadre de référence culturelle d'une société. Or, par son rôle d'agent de socialisation secondaire, les FAC représentent un macrosystème important pour les militaires, par les valeurs, les normes et les rôles attendus chez les militaires¹³².

Comme le décrit la théorie des rôles et du fonctionnement social (Tremblay, 2002 ; Fougereyrollas et Roy, 1996), on comprend que les valeurs, les normes et les rôles valorisés par la culture militaire (macrosystème), les attentes et les obligations issues des rôles sociaux (microsystème), la perception et les caractéristiques personnelles des militaires avec un TPST-TUS (ontosystème) sont tous des facteurs déterminants dans la façon qu'un individu exercera un rôle particulier.

¹³¹ À titre d'exemple, l'exosystème peut renvoyer : au système de la santé et des services sociaux, aux institutions financières et éducationnelles, aux politiques dans le milieu du travail.

¹³² Voir au chapitre 1.

Partant de là, les prochains paragraphes nous permettrons d'identifier quelques éléments illustrant les interrelations entre le macrosystème et l'ontosystème. Des interrelations qui, à notre avis, sont à considérer dans le traitement du TSPT-TUS, et, plus particulièrement, dans les activités professionnelles visant à améliorer ou à restauration le fonctionnement social des hommes militaires canadiens.

Si l'on débute par les liens les plus larges, avec, par exemple, la socialisation masculine de nos participants, on sait, grâce aux travaux de Roy et collab. (2014) que les hommes ont moins d'outils de gestion pour faire face aux malaises et aux difficultés de la vie quotidienne. Comme mentionné précédemment, les hommes ont recours à des comportements de compensation pour être capable de régler leurs problèmes par eux-mêmes (Roberge, 2007 ; Roy et collab., 2014). Par exemple, la surconsommation de l'alcool, comme comportement de compensation, peut constituer une mesure d'adaptation pour diminuer les manifestations d'un trouble de santé mentale. L'alcoolisation, comme moyen servant à camoufler la souffrance des hommes, est plus conforme au modèle traditionnel masculin (Roberge, 2007 ; Roy et collab., 2014).

Par ailleurs, Roy et collab. (2014) relèvent également que les hommes tendent à utiliser l'inhibition émotionnel comme stratégie d'adaptation aux épreuves, constat que nous avons également observé chez nos participants. Ainsi, l'inhibition émotionnelle et la surutilisation de l'alcool nous semblent doublement renforcées chez les participants de notre recherche par la socialisation des hommes et par la socialisation secondaire en contexte militaire. Ainsi, un parallèle peut être fait entre le rôle de militaire et la conceptualisation d'un rôle traditionnel masculin (Régimbald et Deslauriers, 2010 ; Roberge, 2007).

Conformément aux valeurs et aux normes apprises, à l'adhésion à l'éthos et à la doctrine militaire, nos résultats permettent de renforcer l'idée que les hommes militaires : 1. favorisent plutôt la capacité de régler les problèmes par eux-mêmes ; 2. sous-estiment la gravité des expériences traumatiques comme faisant partie intégrante du travail militaire. Conséquemment, cela peut contribuer à faire croire aux militaires qu'ils n'ont pas besoin de consulter des services d'aide professionnels (Skomorovsky et Lee, 2012 ; Zinzow et collab., 2013). Cette perspective contribue à la tendance des hommes à consulter lorsqu'ils épuisent

toutes leurs pistes de solution ou lors de situation de crise (Roberge, 2007 ; Roy et collab., 2014). Ceci se confirme chez les participants de notre recherche qui ont pris la décision de consulter après plusieurs années suivant le début des symptômes de TSPT-TUS et sous la pression de leur entourage.

Si l'on considère le processus de socialisation des hommes et de la socialisation secondaire des FAC comme agent de renforcement d'un modèle masculin traditionnel (p. ex. l'adoption d'un rôle de héros, la valorisation de l'inhibition émotionnelle et de l'usage de l'alcool), il est possible que nos participants n'aient pu réaliser les apprentissages nécessaires d'autorégulation émotionnelle et de stratégies favorisant une saine gestion émotionnelle. En d'autres mots, les hommes militaires, par l'exercice de l'inhibition émotionnelle, ont développé la capacité de se bloquer des manifestations physiques et affectives qui accompagnent les émotions. Ce qui, à notre avis, peut avoir des implications sur l'exécution du rôle de conjoint et de parent sur la plan de l'expression émotionnelle, et, possiblement, sur la perception d'avoir un problème (Roberge, 2007 ; Turcotte et collab., 2002). Bref, puisque l'inhibition émotionnelle empêche de ressentir l'émotion, elle prévient ainsi la capacité de prise de conscience et l'identification d'un problème. Elle provoque également chez les militaires avec un TSPT-TUS une difficulté à s'exprimer, à identifier leurs besoins d'aide, voire, à maintenir des liens d'attachement interpersonnels tels que soulignés par nos résultats.

Finalement, soulignons un dernier facteur relatif au macrosystème, celui de la stigmatisation. L'autostigmatisation et la stigmatisation sociale associée à la santé mentale représentent encore des barrières capables de restreindre la demande d'aide chez les militaires (Mittal et collab. 2013; Dickstein et collab., 2010). Dans la conceptualisation d'un militaire-héros, demander de l'aide représente, nous l'avons noté au chapitre 1, un constat d'échec, la preuve de manque de courage. Cette conception, partagée par les participants, demeure associée à une image de faiblesse (Roberge, 2007 ; Turcotte et collab., 2002 ; Lorber et Garcia, 2010) et peut, à terme, représenter un obstacle important à la demande d'aide. La moitié d'entre eux ont ainsi avoué qu'ils n'auraient jamais demandé d'aide de leur propre initiative, par crainte de préjugés en lien avec la santé mentale ou d'être perçu comme un

faible (Dorvil, Kirouac et Dupuis, 2015). Bien que des avancées concernant la stigmatisation des problèmes de santé mentale ont été réalisées, il appert que les FAC doivent poursuivre les efforts entrepris pour favoriser une perception plus positive des problèmes de santé mentale et de la demande d'aide.

En somme, plusieurs facteurs nous incite à croire que les hommes militaires, porteurs d'un modèle masculin traditionnel qui s'alimente à la culture militaire, possèdent des habiletés restreintes de gestion émotionnelle. Ceci est encore plus apparent lorsqu'ils souffrent de TSPT-TUS (Roberge, 2007 ; Turcotte et collab., 2002).

On peut ainsi établir des liens entre les difficultés de prise de conscience, la reconnaissance du problème de TSPT-TUS, l'inhibition émotionnelle, l'automédication par l'alcool (ontosystème) et ce processus de socialisation masculine renforcée par l'identification à la culture militaire (macrosystème). Pour les intervenants œuvrant auprès de la population militaire, il nous paraît important d'intégrer cette perspective masculine, et donc, de tenir compte de la culture militaire dans la compréhension globale de l'individu. Le faire permettra d'adapter les traitements en fonction de la réalité de l'ensemble des systèmes.

6.3.4. Le chronosystème

Dans le cadre de cette recherche — et en guise de rappel, — le chronosystème fait référence au temps et au déroulement des événements. Dans cette recherche, nous l'avons associé aux délais entre la reconnaissance du problème, la demande d'aide, le diagnostic, l'attente avant le début du traitement et la durée du traitement.

Dans les sections précédentes consacrées aux autres systèmes, nous avons en cela tenté de faire émerger les motifs qui pourraient être en cause entre les délais observés depuis la reconnaissance du problème de TSPT-TUS, la demande d'aide dans les services de santé et le diagnostic médical.

En nous appuyant sur les réponses de tous les participants, nous avons remarqué qu'il existait un délai de plusieurs années entre la prise de conscience du problème, la demande d'aide

et l'obtention d'un diagnostic médical de TSPT-TUS. Par exemple, les participants ont indiqué avoir obtenu leurs diagnostics médicaux entre 2011 et 2016, alors que les missions auxquelles ils ont participé se sont déroulées entre 1992 (pour l'ex-Yougoslavie) et 2015 (pour le Koweït). Or, ces délais entre la reconnaissance du problème, la demande d'aide et l'obtention d'un diagnostic médical retardent le début des traitements puisque dans les services en santé mentale, l'obtention d'un diagnostic médical est une étape importante pour l'orientation des soins et des services spécialisés selon les besoins du militaire.

Ainsi, il apparaît que les participants ont composé pendant de nombreuses années avec des symptômes de TSPT-TUS avant la confirmation par un diagnostic médical et le début du traitement. De plus, bien que les services de crise soient bien connus et accessibles rapidement, les participants déplorent les délais pour accéder aux services spécialisés en santé mentale (p.ex. en psychologie).

Dans le cas des participants à notre recherche, on peut ainsi supposer qu'au moment où le militaire demande de l'aide, la condition de TSPT-TUS ait pu s'être chronicisée ou détériorée avec le temps. Par ailleurs, si la condition du TSPT-TUS présente un caractère plus chronique, ceci peut avoir un impact sur le potentiel de rétablissement et la durée des traitements.

Pour terminer, nous considérons que notre application du modèle écologique, par sa compréhension globale et intégrative, contribue à démontrer les besoins multidimensionnels des militaires atteints du TSPT-TUS. Ces militaires qui requièrent des interventions bien au-delà de la réduction des symptômes psychiatriques.

L'utilisation des différents niveaux d'analyse de l'approche écologique nous a surtout permis d'illustrer l'influence de certains facteurs socio-environnementaux sur l'intensité de la symptomatologie du TSPT-TUS et comment, en fonction du principe de l'interdépendance des systèmes, cette intensité des symptômes exerce aussi une influence sur les divers systèmes écologiques. Nous avons pu en cela démontrer qu'améliorer les symptômes du TSPT-TUS ne semble pas suffisant pour une restauration complète du fonctionnement social, particulièrement dans l'exécution des rôles sociaux.

6.4. Les retombées et les recommandations issues de la recherche

En guise de conclusion de ce chapitre consacré à l'analyse et discussion des résultats, nous désirons exposer les différentes retombées possibles de notre recherche sur le plan scientifique ainsi que son implication pour le service social.

6.4.1. Sur le plan scientifique

Bien qu'exploratoire, nous croyons que notre recherche sur le fonctionnement social chez les hommes militaires avec un TPST-TUS lors de la terminaison des traitements nous a permis d'illustrer de nombreux enjeux capables de favoriser des opportunités pour des futures études. Pour permettre une vue d'ensemble de notre démarche, ses potentialités inhérentes, nous avons choisi de monter un tableau qui présente les limites identifiées dans la recherche (celle-ci et à partir de la recension des écrits) ainsi que les recommandations suggérées.

Tableau 6 Retombées et recommandations pour de futures recherches

Limites/Lacunes en recherche	Recommandations issues des recherches
1. Utilisation de divers concepts indirectement liés au fonctionnement social dans les recherches sur le traitement du TSPT et du TUS.	1. Développer une définition complète, standardisée, et consensuelle du concept du fonctionnement social pour en faciliter l'étude chez les militaires canadiens.
2. Multiples outils et questionnaires pour les divers concepts similaires au fonctionnement social (p. ex. <i>Quality of life, social functioning, psychosocial functioning, psychosocial impairment</i>).	2. Développer un instrument standardisé d'évaluation du fonctionnement social (c.-à-d. pour l'exercice de différents rôles sociaux).
3. Insuffisance des études traitant du fonctionnement social et du trouble concomitant de TSPT-TUS de façon conjointe.	3. Inclure systématiquement les individus avec un TUS dans des recherches sur le traitement du TSPT étant donné la prévalence importante des 2 troubles.

4. Insuffisance des études traitant du fonctionnement social comme cible primaire de la recherche sur le traitement du TSPT-TUS.	4. Poursuivre les études sur les traitements susceptibles d'améliorer le fonctionnement social comme cible primaire de la recherche sur le traitement du TSPT-TUS.
5. Peu d'utilisation de mesure ou d'indicateurs du fonctionnement social dans les recherches sur le TSPT-TUS : avant, pendant ou après le traitement.	5. L'évaluation des atteintes au fonctionnement social devrait être systématique dans le cadre d'un traitement de TSPT-TUS. Cette évaluation devrait être réalisée ponctuellement, en cours et à la fin de traitement, par l'utilisation diverses sources d'évaluation (questionnaires, entrevues, etc.).
6. Peu de traitement d'exposition utilisée chez les participants de la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.	6. Évaluer à quelle fréquence les militaires avec un TSPT-TUS reçoivent un traitement par exposition du TSPT.
7. Chercheure occupe une position d'intervenante dans le même milieu où se déroule la recherche.	7. Effectuer des études futures par une chercheure extérieure du milieu de recherche.

6.4.2. Pour le service social et les Forces armées canadiennes

La théorie de l'interdépendance des systèmes nous indique qu'une modification d'un des éléments du système entraînera un effet sur l'ensemble des autres systèmes. C'est avec cette compréhension que la travailleuse sociale ciblera la restauration des capacités des individus à répondre à leurs besoins personnels et sociaux, c'est-à-dire, à l'amélioration du fonctionnement social (Bilodeau, 2005). C'est elle qui est « capable de bien juger du fonctionnement social des personnes dans leur environnement, en vertu de ses connaissances et habiletés approfondies en la matière¹³³ ». Puisque ses activités professionnelles se centrent sur l'interaction de l'individu avec son environnement, la travailleuse sociale occupe ainsi une position privilégiée pour bien saisir comment les déterminants sociaux, le contexte social et de

¹³³ Voir le commentaire de Jean-Marc Meunier sur le site internet suivant : http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv3464_1869.pdf (Page consultée le 13 octobre 2016).

la souffrance individuelle peuvent influencer tant l'apparition, le maintien et la diminution des manifestations de problèmes de santé mentale tels que le TSPT-TUS.

Par son évaluation du fonctionnement social des militaires souffrant de TSPT-TUS, la travailleuse sociale favorise l'identification des besoins psychosociaux, planifie les interventions qui répondent avant tout aux besoins du militaire, au couple, à la famille, ou à la collectivité. C'est par cette perspective centrée sur le développement optimal de l'individu, sur l'interaction mutuellement bénéfique entre l'individu et son environnement, que la travailleuse sociale peut apporter une contribution significative dans le traitement du TSPT-TUS des militaires au sein d'une équipe interdisciplinaire en santé mentale.

Toutefois, comme le montre notre recherche, les traitements ciblent l'ontosystème directement et cela ne suffit pas. Il est vrai que les traitements visent aider l'individu (l'ontosystème) à gérer les difficultés environnementales. En principe, comme nous l'avions déjà dit, les pratiques en service social tiennent compte du fait que l'individu fait partie d'un environnement ou système plus large tel qu'une famille, d'un lieu de travail, de structures normatives, d'une société. L'interaction entre l'individu (l'ontosystème) et les autres systèmes sont abordés, avec l'individu, pendant les traitements. Cependant, les témoignages des participants ne font pas la démonstration de l'aide directement apportée aux autres systèmes qui interagissent avec l'individu souffrant de troubles de TSPT-TUS par la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

À écouter nos participants, si les traitements qu'ils ont reçu les aident, les personnes dans leur entourage, surtout les membres de la famille, doivent rester patients, doivent continuer à assurer la gestion du foyer, à compenser pour l'absence physique et psychologique de leur partenaire (le militaire souffrant reste physiquement et psychologiquement épuisé même pendant le traitement). Les témoignages révèlent une offre limitée, de la part de la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier, dans l'aide apportée aux personnes qui interagissent avec le militaire souffrant de TSPT-TUS. Ce constat n'est pas le reflet d'une mauvaise volonté de la part de l'organisation, mais bien des besoins mis en lumière par notre analyse des systèmes à l'aide du modèle écologique. À vrai dire, la tendance et le

mandat dans la prestation de soins à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier est d'aider le militaire souffrant de TSPT-TUS et non pas les personnes qui entourent cet individu, et ce, en dépit des données probantes et des approches recommandées en service social. C'est donc l'ontosystème qui reçoit l'aide et non les autres systèmes. Il serait en cela souhaitable que l'on puisse, considérant la perspective clinique actuelle, réfléchir à utiliser davantage les ressources disponibles dans le milieu militaire ou communautaire pour appuyer le fonctionnement et le mieux-être de tous les systèmes affectés par le trouble concomitant de TSPT-TUS.

Pour élargir les différentes possibilités cliniques, voire, les futurs potentiels dans l'offre de service biopsychosocial aux militaires, nous présentons, à l'aide d'un tableau, des pistes d'intervention, des recommandations¹³⁴ et des suggestions issues de notre analyse. Pour garder le cap sur notre logique argumentative, nous les avons classées selon les systèmes du modèle écologique. Bien que cette liste ne se veut pas exhaustive, nous espérons que ces retombées s'avéreront une contribution utile pour le service social dans le domaine du traitement du TSPT-TUS des militaires.

Tableau 7 Retombées et recommandations pour l'ontosystème

Limites/lacunes en lien avec les militaires souffrant de TSPT-TUS	Recommandations pour les intervenants
1. Difficulté à identifier, à gérer et à exprimer les émotions.	1.1 Développer la gestion des émotions ainsi que les techniques de communication et de résolution de conflits. 1.2 Aider le militaire à mieux identifier, comprendre et articuler ses besoins biopsychosociaux.

¹³⁴ Certaines recommandations concernant le soutien social proviennent de Caron et Guay (2005).

2. Difficultés résultantes des stratégies de compensation.	2.1 Traiter le TUS et les autres comportements compulsifs.
3. Présence de comportements d'évitement dans les activités quotidiennes.	<p>3.1 Adapter la sphère occupationnelle (travail, loisirs) pour qu'elle demeure satisfaisante et valorisante.</p> <p>3.2 Intégrer dans le traitement des stratégies d'adaptation et des situations d'exposition pour rétablir la capacité de répondre aux activités quotidiennes en situations sociales (p. ex. être capable de faire l'épicerie en présence de foule sans avoir bu au préalable de l'alcool).</p>
4. Difficulté à maintenir des relations sociales, à renforcer des liens positifs avec les membres de son réseau et à développer de nouvelles relations.	<p>4.1 Utiliser les différents outils d'évaluation du fonctionnement social afin de bien évaluer les lieux de difficultés.</p> <p>4.2 Évaluer la présence, l'accessibilité et la qualité (positive ou négative) du soutien social.</p> <p>4.3 Offrir des interventions de soutien de petits groupes.</p> <p>4.4 Développer des compétences parentales démocratiques et appliquer des stratégies éducationnelles efficaces chez le militaire.</p>

Tableau 8 Retombées et recommandations pour le microsystème

Limites/lacunes en lien avec la famille et les proches	Recommandations pour les intervenants
1. Présence de conflits conjugaux, de difficultés de communication et de manque d'expression affective dans le couple.	1.1 Offrir des traitements de couple reconnus pour le TSPT et le TUS.
2. Surcharge des responsabilités et des obligations conjugales et parentales entreprises par la conjointe sur une période prolongée.	<p>2.1 Offrir du soutien à la conjointe concernant le partage des responsabilités et des tâches domestiques, des soins aux enfants durant le traitement du militaire.</p> <p>2.2 Soutenir la conjointe dans le respect de ses besoins et limites personnels pour éviter l'épuisement.</p> <p>2.3 Aider la conjointe à soutenir le militaire dans son rôle de père pour éviter la diffusion des responsabilités.</p> <p>2.4 Orienter les conjointes vers les organismes disponibles dans la communauté militaire ou non militaire qui pourront offrir le soutien et ressources nécessaires pour elle, les enfants ou la famille¹³⁵ (p. ex. SSBSO, Centre de la famille, PAMFC, etc.).</p>
3. Difficulté d'adaptation des membres de la famille en fonction des symptômes de TSPT du militaire (p. ex. réduction des activités de la vie sociale et distanciation des relations sociales).	<p>3.1 Sensibiliser la conjointe et les proches aux effets du TSPT-TUS sur le militaire.</p> <p>3.2. Sensibiliser la conjointe et les proches aux effets du TSPT-TUS sur la vie conjugale, familiale et sur leur propre santé mentale (p. ex. traumatisation vicariante, épuisement).</p>

¹³⁵ L'ensemble des programmes et services disponibles à la communauté militaire se trouve sur le site internet suivant : <https://www.connexionfac.ca/Nationale/ProgrammesetServices.aspx> (Page consultée le 10 juin 2018).

	<p>3.3 Encourager les membres de la famille à poursuivre à des activités à l'extérieur de la sphère familiale afin d'obtenir un répit.</p> <p>3.4 Orienter les membres de la famille et les proches vers les organismes disponibles de soutien dans la communauté militaire ou non militaire¹³⁶ (p. ex. SSBSO, Centre de la famille, PAMFC, etc.).</p>
--	---

Tableau 9 Retombées et recommandations pour le macrosystème

Limites/Lacunes en lien avec les normes sociales et structures organisationnelles	Recommandations pour les intervenants et les Forces armées canadiennes
1. Présence de stigmatisation et de perception négative des problèmes de santé mentale dans les FAC.	<p>1.1 Contribuer à la diminution de la stigmatisation des problèmes de santé mentale dans les FAC par différentes activités de sensibilisation et de conscientisation (p. ex. les campagnes Bell Cause pour la cause).¹³⁷</p> <p>1.2 Poursuivre le développement et l'intégration du programme « En route vers la préparation mentale¹³⁸ » dans la formation des membres des FAC et les membres de leur famille.</p>

¹³⁶ L'ensemble des programmes et services disponibles à la communauté militaire se trouve sur le site internet suivant : <https://www.connexionfac.ca/Nationale/ProgrammesetServices.aspx> (Page consultée le 10 juin 2018).

¹³⁷ Soulignons que les campagnes de sensibilisation Bell « Cause pour la cause » visent la réduction de la stigmatisation pour l'ensemble de la population canadienne. Les Forces armées canadiennes sont partenaires de ces campagnes. Voir le site suivant : https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/nouvelles/2018/01/les_forces_armeescanadiennes_tendront_une_seance_de_discussion_pleniere.html (Page consultée le 15 mai 2018).

¹³⁸ Pour une description complète du programme, voir le site suivant : <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm/index.page> (Page consultée le 18 mai 2018).

<p>2. Manque de connaissance et d'intégration de la question masculine et de la culture militaire dans le développement de programmes, de services et dans la prestation de soins de santé qui s'adressent aux hommes militaires et aux membres de leur famille.¹³⁹</p>	<p>2.1 Développer une meilleure connaissance de l'environnement et de la culture militaire chez les intervenants œuvrant auprès des militaires et de leurs familles.</p> <p>2.2 Sensibiliser de façon critique les intervenants œuvrant auprès d'hommes militaires et de leurs familles aux approches théoriques et aux interventions qui tiennent compte de l'impact de la socialisation des hommes et de la culture militaire dans l'expression des problématiques de santé mentale.</p> <p>2.3 Intégrer dans le développement de programmes, de services et dans la prestation des soins, une perspective critique et compatible avec la socialisation masculine et militaire.</p> <p>2.4 Poursuivre la recherche sur la population militaire par l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV)¹⁴⁰</p>
--	--

Nous avons présenté, dans ce chapitre, nos principales découvertes réalisées au cours de cette recherche. Au-delà d'une saturation empirique (nos catégories étaient présentes dans les discours de tous nos répondants), nous avons aussi atteint un point de saturation théorique, c'est-à-dire que nos données concordent bien avec la recension des écrits. Nous savons, entre autres, que les militaires perçoivent une amélioration des symptômes du TSPT-

¹³⁹ Nous souhaitons préciser que nous ne nous prononçons pas pour ou contre les valeurs de la socialisation masculine. Nos recommandations pour le macrosystème offrent des suggestions qui tiennent compte de la réalité du système en place actuellement.

¹⁴⁰ Voir le site suivant : <https://cimvhr.ca> (Page consultée le 10 juin 2018).

TUS et une amélioration de l'exercice des rôles sociaux ; mais que, malgré ces améliorations, ils présentent des symptômes persistants de TSPT-TUS qui affectent encore l'exercice des rôles sociaux ; et, que la pharmacothérapie et les composantes de la thérapie cognitive comportementale sont les stratégies favorisées par nos répondants. Aussi, nous avons dégagé, à l'aide du modèle écologique, des recommandations pour de futures recherches et interventions en service social au sein des Forces armées canadiennes.

CONCLUSION

Dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, nous avons cherché à connaître si les traitements reçus pour le trouble concomitant de trouble de stress post-traumatique et de trouble lié à l'utilisation de substances (TSPT-TUS) avaient un effet sur le fonctionnement social des militaires et plus particulièrement sur l'exécution de certains rôles sociaux. Pour ce faire, nous avons questionné des hommes militaires atteints d'un TSPT-TUS sur les changements perçus dans l'exécution de leurs rôles sociaux, alors qu'ils avaient terminé ou terminaient leur parcours de soins reçus à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

Puisque les militaires reçoivent un ensemble d'intervention pour traiter le TSPT-TUS, nous avons souhaité identifier les traitements utilisés les plus susceptibles de contribuer à la restauration du fonctionnement social et des rôles sociaux. Cependant, au cours de notre recension des écrits concernant le traitement du trouble concomitant de TSPT-TUS, nous avons constaté que l'état des connaissances actuelles ne nous permet pas de mesurer l'effet thérapeutique de ces traitements sur le fonctionnement social. En fait, les études ayant pour objet de mesurer l'efficacité des traitements pour le TSPT-TUS s'appliquent davantage à la mesure de réduction de symptômes psychiatriques.

Parmi le petit nombre de recherches recensées incluant l'utilisation de mesures qui s'apparentent au fonctionnement social, les indicateurs utilisés sont, soient partiels, ou associés à d'autres concepts tels que la qualité de vie ou autres¹⁴¹. Malgré les évidences empiriques de recherches favorisant une approche globale et intégrée des traitements, nous avons constaté que l'utilisation de mesure du fonctionnement social, comme indicateur d'efficacité, demeure peu usuelle dans les études sur les traitements du TSPT-TUS (Fueh, 2001 ; Laudet, 2011 ; Tetzlaff, 2015).

¹⁴¹ Les autres termes associés au concept du fonctionnement social sont: le fonctionnement psychosocial (*psychosocial functioning*), la qualité de vie (*quality of life*), l'adaptation sociale (*social adaptation*) et les limitations fonctionnelles (*functional impairment*).

Ainsi, notre intention a été de valider si les traitements offerts à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier ont répondu à l'ensemble des difficultés de fonctionnement social vécues par les militaires avec un TSPT-TUS et s'il était possible d'identifier les composantes des traitements qui ont contribué à son amélioration.

Au plan méthodologique, nous avons retenu le modèle de l'étude qualitative étant donné le caractère exploratoire de notre recherche. Cette recherche qualitative a été menée au moyen d'entrevues semi-dirigées auprès de six hommes militaires. Ces hommes ont tous reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) relié aux déploiements dans le cadre de leur service militaire ainsi qu'un diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance (d'alcool, de drogue ou de jeu excessif) (TUS). Grâce à la méthode traditionnelle, l'analyse du verbatim des participants nous a permis d'identifier les thèmes importants et ainsi, en arriver à une saturation théorique¹⁴².

Afin d'offrir certaines réponses aux constats et aux limites des recherches actuelles relativement aux effets des traitements du TSPT-TUS sur le fonctionnement social des militaires, rappelons la question de recherche générale :

- Comment les hommes militaires perçoivent-ils les effets des traitements du TSPT-TUS sur leur fonctionnement social au terme de ces traitements à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier ?

Déoulant de cette question, voici les questions secondaires qui ont été au cœur de notre objet de recherche :

- Comment les militaires perçoivent-ils l'impact des traitements reçus pour le TSPT-TUS sur l'exercice des rôles sociaux suivants : (à titre de conjoint, de parent, avec

¹⁴² Saturation théorique, car la plupart des données compilées correspondent aux données (théoriques et empiriques) déoulant de la recension des écrits.

la famille élargie, les amis et collègues, et finalement au travail) aux termes de ces traitements à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier ?

- Est-ce que les militaires présentent toujours des difficultés sur le plan de l'exécution des rôles sociaux à la fin des traitements du TSPT-TUS ? Si oui, lesquelles ?
- Quels sont les éléments des différents traitements reçus pour le TSPT-TUS à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier qui ont été les plus favorables en fonction de l'exécution des rôles sociaux identifiés ?

Rappelons, à ce titre, que les militaires ont tous rapporté des difficultés sur le plan de l'exécution des rôles sociaux ; principalement pour les rôles de conjoint, de parent et au travail. Plusieurs indiquent que les excès de colère, l'irritabilité, les conflits et la distanciation affective ont causé des difficultés majeures sur le plan relationnel : avec la conjointe, les enfants, la famille élargie ou les amis. Ces difficultés persistent même au terme des traitements. De plus, concernant le travail, presque tous les répondants que nous avons rencontrés demeurent en arrêt de travail et ne retourneront pas à leur occupation militaire.

Malgré la persistance de certaines difficultés, les répondants ont indiqué que les divers traitements qui leurs ont été offerts ont contribué à une amélioration des symptômes du TSPT-TUS, des habiletés de la communication, de la connaissance de soi, de la gestion de la colère, de l'anxiété et d'un meilleur contrôle sur l'alcool. Ces gains ont également eu des effets positifs sur le rôle conjugal et parental ; toutefois, les activités de la vie familiale quotidienne semblent toujours s'organiser autour des symptômes du militaire.

Par conséquent, nos trois hypothèses se sont avérées confirmées :

- Les militaires atteints de TSPT-TUS présenteront des difficultés dans l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3)¹⁴³.

¹⁴³ Rappelons les rôles sociaux étudiés : 1. dans la famille (à titre de conjoint et de parent) ; 2. dans les relations interpersonnelles (avec la famille élargie, les amis et collègues) et 3. comme travailleur-militaire.

- Malgré les traitements reçus à la clinique de santé mentale, les militaires atteints de TSPT-TUS présenteront des difficultés persistantes dans l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3) même après la fin des traitements.
- Les militaires atteints de TSPT-TUS requièrent des traitements diversifiés offerts par une équipe interdisciplinaire¹⁴⁴ pour favoriser l'exécution de leurs rôles sociaux (1, 2, 3).

Autres faits saillants

- Nos résultats ont mis en lumière un délai significatif de plusieurs années entre la reconnaissance d'un problème, la demande d'aide et le diagnostic dans les services de santé mentale. Ce qui peut laisser présager que la double problématique s'est possiblement chronicisée avant les traitements¹⁴⁵.
- Les symptômes du TPST-TUS entraînent des conflits, des problèmes de communication dans la relation conjugale.
- La vie quotidienne et sociale de la famille (conjointe, enfants) est modifiée en fonction des symptômes du TSPT-TUS des militaires et continue de l'être pendant et après les traitements.

¹⁴⁴ Bien que les militaires reçoivent des traitements par une équipe interdisciplinaire, ils ne reçoivent pas d'interventions qui intègrent les différents systèmes du modèle écologique.

¹⁴⁵ Nous demeurons prudente à cet effet, car il s'agit avant tout d'une présupposition basée sur les réponses obtenues par les participants. Cela reste à être évalué plus en profondeur dans l'avenir.

- La conjointe¹⁴⁶ occupe un rôle central de soutien familial et social pour le militaire. Ce rôle primordial occupé par la conjointe dans le fonctionnement au quotidien s'explique par la fatigue physique et psychologique, ainsi que par l'isolement causé par les symptômes et le processus de rétablissement¹⁴⁷.
- Le retrait du travail a un impact direct sur le plan des relations interpersonnelles et contribue à l'isolement social. De plus, la majorité des répondants ont été incapables de reprendre le travail militaire.
- Les interventions variées par l'équipe interdisciplinaire apportent des gains différents et complémentaires. Selon les participants, ces gains semblent associés à un effet positif sur la relation conjugale et sur la relation père-enfant.
- Il y aurait de grands avantages à offrir des services d'aide aux conjointes de militaires souffrant de TSPT-TUS et de développer une meilleure coordination entre les services de santé mentale et les ressources comme le SSBSO, le Centre de la famille et le PAMFC. Les responsabilités et les obligations de la maison incombent souvent à la conjointe en dépit du retour de service du militaire et des traitements pour le TSPT-TUS.
- Le style parental autoritaire, un style qui correspond beaucoup à la formation militaire, combiné avec les troubles de TSPT-TUS doivent être mieux adressés afin d'aider la construction et le maintien de relations positives entre le père, la conjointe et les enfants.

Bien que les traitements reçus semblent en apparence aidants, tous les participants continuent d'éprouver des limites importantes dans plusieurs rôles sociaux, dont celui de conjoint, de parent et au travail. D'ailleurs, la majorité des participants envisagent de poursuivre

¹⁴⁶ La conjointe qui apparaît hyper-responsable au sein de l'unité familiale (dans les responsabilités domestiques et parentales).

¹⁴⁷ À ce titre, un soutien adéquat à la conjointe est souhaitable pour éviter son épuisement et possiblement les conflits et ruptures du couple.

des traitements pour le TSPT-TUS après la sortie des Forces armées canadiennes. Ceci nous questionne particulièrement sur la durée nécessaire des traitements des militaires avec un TSPT-TUS pour que ces derniers puissent atteindre un rétablissement suffisant pour l'exécution des rôles sociaux.

Notre recherche nous a aussi permis d'illustrer que les traitements actuels — principalement centrés sur une réduction des symptômes du TSPT-TUS — ne sont peut-être pas suffisants pour favoriser une restauration du fonctionnement social dans l'ensemble des rôles sociaux. Bien que la réduction des symptômes du TSPT-TUS constitue un aspect essentiel des traitements, les traitements utilisés n'incluent pas d'interventions directes ou indirectes sur les divers systèmes de l'environnement des militaires. Or, nous avons pu démontrer que les limitations dans l'exécution des rôles de parent, de conjoint, au travail et des autres rôles sociaux, exercent une pression sur le militaire (l'ontosystème) et contribuent ainsi à la persistance des symptômes de TSPT-TUS.

Les besoins issus des systèmes environnementaux doivent être considérés dans l'intervention auprès des militaires. La raison est fort simple : les autres systèmes environnementaux, comme la famille et le travail (mésosystème), ainsi que les normes sociétales (macrosystème) exercent une influence directe sur l'intensité de la symptomatologie du TSPT-TUS. D'ailleurs, il nous apparaît évident que, outre les symptômes psychiatriques résiduels, en vue d'atteindre un mieux-être, les militaires atteints d'un TSPT-TUS ont (aussi) besoin d'aide dans la restauration d'interactions bénéfiques avec leurs ressources familiales, sociales et environnementales.

Comme toutes recherches, notre recherche comporte certaines limites. Ainsi, nos résultats ne peuvent se généraliser à d'autres populations. Également, malgré nos précautions, on doit aussi considérer la présence d'un biais possiblement induit par le statut d'intervenante en dépendance de la chercheuse à la même clinique. Puisque les individus en général désirent maintenir une image positive devant leur interlocuteur, ils pourraient avoir surestimé l'efficacité ou leur satisfaction des traitements obtenus.

Cela étant dit, notre recherche, bien qu'exploratoire, nous a permis d'illustrer les nombreuses lacunes sur le sujet et offre ainsi des opportunités d'études futures sur les traitements du TSPT-TUS chez les hommes militaires. En fait, l'étude des traitements susceptibles d'améliorer le fonctionnement social comme cible primaire de la recherche sur le traitement du TSPT-TUS demeure un domaine méconnu et inexploité.

Parmi les pistes intéressantes à explorer, notons l'étude de la relation entre les symptômes de TSPT-TUS et le fonctionnement social, le développement de mesure du fonctionnement social standardisée ou bien d'évaluer l'efficacité des approches de traitements pour le TSPT-TUS selon l'amélioration du fonctionnement social.

À notre avis, — et nous l'avons démontré tout au long de ce mémoire —, les travailleuses sociales, par leur évaluation du fonctionnement social et de leur compréhension des différents systèmes environnementaux¹⁴⁸ de la personne peuvent contribuer de façon significative au développement d'interventions à privilégier pour les militaires atteints de TSPT-TUS et leurs proches.

Nous estimons que cette recherche apporte un éclairage nouveau et dégage des éléments utiles à la pratique professionnelle pour une problématique qui, somme toute, demeure cliniquement assez complexe.

En terminant, vivre avec un TPST-TUS demeure ardu sur le plan expérientiel, chez les militaires et leurs proches, mais aussi sur le plan clinique. Nos résultats ouvrent en cela tout un pan d'exploration à poursuivre en recherche, mais aussi en méthodes d'intervention pour ces individus et leur environnement.

¹⁴⁸ Tant sur le plan du macrosystème, du mésosystème et du microsystème.

BIBLIOGRAPHIE

- Afifi, T. O., Taillieu, T., Zamorski, M. A., Turner, S., Cheung, K., et J. Sareen (2016). « Association of Child Abuse Exposure With Suicidal Ideation, Suicide Plans, and Suicide Attempts in Military Personnel and the General Population in Canada ». *JAMA Psychiatry*, Vol. 73, N° 3, p. 229-238. DOI : 10.1001/jamapsychiatry.2015.2732.
- Aktouf, Omar (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*, Montréal, Les Presses de l'Université du Québec, 213 p.
- Allen, J. P., Crawford, E. F., et H. Kudler (2016). « Nature and Treatment of Comorbid Alcohol Problems and Post-Traumatic Stress Disorder Among American Military Personnel and Veterans ». *Alcohol Research : Current Reviews*, Vol. 38, N° 1, p. 133-140.
- American Psychiatric Association (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition (DSM-5), Washington, American Psychiatric Association, 1216 p.
- Auxéméry, Y. (2012). « L'État de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un événement traumatogène et un contexte social ». *L'Encéphale*, Vol. 38, Issue 5, p. 373-380. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2011.12.003>.
- Bardin, Laurence (2007). *L'analyse de contenu*, Paris, Les Presses universitaires de France, 304 p.
- Bilodeau, Guy (2005). *Traité de travail social*, Paris, Éditions de l'École nationale de santé publique, 295 p.
- Blakely, T. J., et G. M. Dziadosz (2007). « Social Functioning: A Sociological Common Base for Social Work Practice ». *Journal of Sociology and Social Welfare*, Vol. 34, N° 4, Art. 8. Récupéré de : <http://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol.34/iss4/8>.
- Blow, A. J., Gorman, L., Kees, M., Kashy D. A., Valenstein, M., Marcus, S. M., Fitzgerald, H. E., et S. Chermack (2013). « Hazardous drinking and family functioning in National Guard veterans and spouses post-deployment ». *Journal of Family Psychology*, Vol. 27, p. 303-313. DOI : 10.1037/a0031881.
- Boulos, D., et M. Zamorski (2013). « Résultats professionnels militaires chez le personnel des Forces armées canadiennes avec et sans troubles mentaux liés au déploiement ». *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, Vol. 1, N° 10, p. 1-10. DOI : 10.1177/0706743716643742.

- Bouchard, Camil (1987). « Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante ». *Service social*, Vol. 36, N° 23, p. 454-477. Récupéré de : <http://id.erudit.org/iderudit/706373ar>.
- Bourdeau, G. (2012). *Fonctionnement social et rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique*, [Thèse de doctorat en psychologie], Montréal, Université de Montréal, 181 p. Récupéré de : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10816/Bourdeau_Genevieve_2012_these.pdf.
- Bronfenbrenner, Urie (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts, and London : Harvard University Press, 348 p.
- Calle, M. S. (2014). *A Parent at War and the "Invisible Wounds" They Carry Home: PTSD in Military Veterans and A Review of Psychosocial Family System Challenges* [Mémoire en Arts], New York, City University of New York, 54 p.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal : Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2018). *État de stress post-traumatique (ESPT)*. Récupéré de : <https://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/etat-de-stress-post-traumatique.html>.
- Chauvet, M., Kampang, E., Ngui, A. N., Fleury, M.-J., et H. Simoneau (2015). Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire [CRDM-IU]. *Les troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive : Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Les rapports de recherches, 208 p.
- Clément, M. È., et M. Tourigny (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique*. Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Récupéré de : http://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/avis-double-problematique-toxicomanie-negligen-parentale_dec-1999.pdf.
- Cohen, E., Solomon, Z., et G. Zerach (2011). « The implication of combat-induced stress reaction, PTSD, attachment in parenting among war veterans ». *Journal of Family Psychology*, American Psychological Association, Vol. 25, N° 5, p. 688-698. DOI : 10.1037/a0024065.
- Comité permanent sur les troubles concomitants (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, Montréal, 48 p.
- Creech, S. K., Hadley, W., et B. Borsari (2014). « The impact of military deployment and reintegration on children and parenting: A systematic review ». *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 45, p. 452-464. Récupéré de : <http://dx.doi.org/10.1037/a0035055>.

- Daoust, J.-P., Renaud, M., Bruyère, B., Juery, C., et L. Najavits (2014). État de stress post-traumatique et usage problématique de substance : Évaluation de programme préliminaire dans le contexte de l'efficacité d'une clinique spécialisée pour Franco-ontariens en milieu hospitalier universitaire. *Revue Psy Cause*, Vol. 65, p.12-29.
- Debell, F., Fera, N. T., Head, M., Batt-Rawden, S. Greenberg, N., Wessely, S., et L. Goodwin (2014). « A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 49, N° 9, p. 1401-1425. DOI : 10.1007/s00127-014-0855-7. Récupéré de : <http://europepmc.org/abstract/MED/24643298>.
- Decam, Linda (2012). *De la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique : étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques*. [Thèse de doctorat en médecine], Grenoble, France, Université Joseph Fourier, 229 p. Récupéré de : <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=56d6b6d9dc332d313f6626d3&asset-Key=AS:335127747022849@1456912089404>.
- Dickstein B. D., Vogt, D. S., Handa, S., et B. T. Litz (2010). « Targeting Self-Stigma in Returning Military Personnel and Veterans: A Review of Intervention Strategies ». *Military Psychology*, Vol. 22, p. 224-236. Récupéré de : <https://www.law.upenn.edu/live/files/4786-dickstein-targeting-self-stigma>.
- Dorvil, H., et Robert Mayer (2001). « Les approches théoriques », dans Henri Dorvil et Robert Mayer, *Problèmes sociaux. Tome I. Théories et méthodologies*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, Collection : Problèmes sociaux et interventions sociales, p. 15-29.
- Dorvil, H., Kirouac, L., et G. Dupuis (2015). *Stigmatisation. Les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse*, Québec, Presse de l'Université du Québec, 240 p.
- Drapkin, M. L., Yuskos, D., Yasinski, C., Oslkin, D., Hembree, E. A., et E. B. Foa (2011). « Baseline functioning among individuals with PTSD and Alcohol Dependence ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 41, N° 2, p. 186-192.
- Du Ranquet, Mathilde (1991). *Les approches en service social*, 2^e édition, Edisem/Vigot, 222 p.
- Fortin, M.-F., et J. Gagnon (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*, 3^e édition, Montréal : Chenelière Éducation, 518 p.
- Fougeyrollas, P., et K. Roy (1996). « Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap ». *Service social*, Vol. 45, N° 3, p. 31-54. Récupéré de : <http://www.erudit.org/fr/revues/ss/1996-v45-n3-n3/706736ar/>.

- Fournier, Francine (2006). « Étude du lien entre le fonctionnement social et le fonctionnement familial de personnes présentant un trouble panique avec agoraphobie (TPA) ». [Maîtrise en service social], Québec, Canada, Université Laval. Récupéré de : <http://www.theses.ulaval.ca/2006/24000/24000.pdf>.
- Frueh, B.C., Turner, S. M., Beidel, D. C., et S. P. Cahill (2001). « Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD ». *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 6, N° 1, p. 79-90.
- Getzmann, J., et L. Levy (2011). « Mémoire de guerre : Le syndrome de stress post-traumatique et l'armée américaine. Une leçon d'Irak et d'Afghanistan ». [Rapport de stage de médecine], Genève, Suisse, Université de Genève, 136 p. Récupéré de : http://www.medicine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2010_2011/stages/11_r_guerre.pdf.
- Gewirtz, A. H., Polusny, M. A., DeGarmo, D. S., Khaylis, A., et C. R. Erbes (2010). *Journal of Consulting and Clinical Psychology : American Psychological Association*, Vol. 78, N° 5, p. 599-610. DOI : 10.1037/a0020571.
- Greene, Robert (2008). *Human Behavior Theory and Social Work Practice*. Transaction Publishers, 3rd Edition, New Brunswick, New Jersey, 268 p.
- Guay, S. ; Billette, V., et A. Marchand (2006). « Exploring the links between PTSD and social support : Processes and potential research avenues ». *Journal Traumatic Stress*, Vol. 19, N° 3, p. 327-338.
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, E., Nachar, N., et A. Marchand (2011). « How do Social Interactions with significant others affect PTSD symptoms ? An empirical investigation with a clinical sample ». *Journal of Aggression and Maltreatment Trauma*, Vol. 20, N° 3, p. 280-303. Récupéré de : <http://dx.doi.org/10.1080/10926771.2011.562478>.
- Guay, S., Fortin, C., Fikretoglu, D., Poundja, J., et A. Brunet (2015). « Validation of the WHOQOL-BREF in a Sample of Male Treatment-Seeking Veterans ». *Military Psychology: American Psychological Association*, Vol. 27, N° 2, p. 85-92.
- Hinkly, D. J. (2012). « Post-Traumatic Stress Disorder and Substance Use in Military Veterans », [Thèse de doctorat en psychologie], Birmingham, U.S.A., University of Birmingham, 132 p.
- Holliday, R., Williams, R., Bird, J., Mullen, K., et A. Suris (2015). « The Role of Cognitive Processing Therapy in Improving Psychosocial Functioning, Health, and Quality of Life in Veterans With Military Sexual Trauma-Related Posttraumatic Stress Disorder ». *Psychological Services*, Vol. 12, N° 4, p. 428-434. DOI : 10.1037/ser0000058.

- Houle, J., Mishara, B. L., et F. Chagnon (2005). « Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide ? ». *Santé mentale au Québec*, Vol. 30, N° 2, p. 61-84.
- Karls, J. M., et K. E. Wandrei (1996). *Manuel du système CFPE : système de classification du fonctionnement de la personne dans son environnement « person-in-environment system »* (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, trad.). Éditeur : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (Ouvrage originale publié en 1994 sous le titre *Person-in environment system : the pie classification system for social functioning problems*. NASW Press, National Association of Social Workers), 78 p.
- Keenan, M., Lumley, V. A., et R. B. Schneider (2014). « A group therapy approach to treating combat PTSD and interpersonal reconnection through letter writing ». *Psychotherapy*, Vol. 51, N° 4, p. 546-554.
- Kelly, J. F., Magill, M., et R. L. Stout (2009). « How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous ». *Addiction Research and Theory*, Vol. 17, N° 3, p. 236-259.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., et C. B. Nelson (1995). « Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey ». *Archive of General Psychiatry*, Vol. 52, N° 12, p. 1048-1060.
- Knobel, Lucien (2009). « Comparaison des traitements de l'État de Stress Post-Traumatique chez les des personnes réfugiées ». [Thèse de doctorat en psychologie], Québec, Canada, Université Laval. Récupéré de : <http://www.erudit.org/these/liste.html?src=Laval&typeIndex=facetteLettreNomAuteur&lettre=K&page=4>.
- Laflamme, Simon (2007). « Nouvelles perspectives en sciences sociales ». *Revue internationale de systémique complexe et d'études relationnelles*, Vol. 3, N° 1, p. 141-149. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/602467ar>.
- Laudet, A. B. (2011). « The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice ». *Addiction Science and Clinical Practice*, Vol. 6, N° 1, p. 44-55. Récupéré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188817/pdf/ascp-06-1-44.pdf>.
- Laudet, A. B. (2016). « What does recovery from substance use means to people in recovery ? ». *Committee on National Statistics at The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*. Récupéré de : http://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbassesite/documents/webpage/dbasse_171024.pdf?_ga=1.7722802.1258724386.1469407681.
- Lavoie, V., Langlois, R., Simoneau, H., et S. Guay (2008). « État de stress post-traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance : Interrelations et modèles thérapeutiques intégrés ». *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, Vol. 18, N° 3, p. 92-97.
- Lorber, W., et H. Garcia (2010). « Not supposed to feel this: traditional masculinity in psychotherapy with male veterans returning from Afghanistan and Irak ». *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 47, N° 3, p. 296-305.

- Lunney, C. A., et P. P. Schnurr (2007). « Domains of Quality of Life and symptoms in male veterans treated for post-traumatic stress disorder ». *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 20, N° 6, p. 955-964.
- Maguen S., Stalnaker, M., McCaslin, S., et B. Litz (2009). « PTSD Subclusters and functional impairment in Kosovo peacekeepers ». *Military Medicine*, Vol. 174, N° 8, p. 779-785.
- Maguen, S., et B. Litz (2012). « Moral Injury in Veterans of War ». *PTSD Research Quarterly*, Vol. 23, N° 1, p. 1-6.
- Mayer, Robert, et collab. (dirs.) (2000). *Méthodologie de la recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 410 p.
- McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T., et S. E. Back (2012). « Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: Advances in assessment and treatment ». *Clinical Psychology : Science and Practice*, Vol. 19, N° 3, p. 283-304.
- Mittal, D., Drummond, K. L., Blevins, D., Curran, G., Corrigan, P., et G. Sullivan (2013). « Stigma associated with PTSD : Perception of Treatment Seeking Combat Veteran ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 36, N° 2, p. 86-92.
- Mongeau, Pierre. (2008). *Réaliser son mémoire ou sa thèse : côté jeans et côté tenue de soirée*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 145 p.
- Monson, C. M., Taft, C. T., et J. S. Fredman (2009). « Military-related PTSD and intimate relationships: from description to theory-driven research and intervention development ». *Clinical Psychology Review*, Vol. 29, N° 8, p. 707-714. DOI : 10.1016/j.cpr.2009.09.002.
- Monson, C. M., Macdonald, A., Vorstenbosch, V., Shnaider, P., Goldstein, E. S., Ferrier-Auerbach, A. G., et K. E. Mocchiola (2012). « Changes in social adjustment with cognitive processing therapy : Effects of treatment and association with PTSD symptoms change ». *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 25, N° 5, p. 519-526.
- Mott, J. M., Sutherland, R. J., Williams, W., Lanier, S. H., Ready, D. J., et E. J. Teng (2013). « Patient perspectives on effectiveness and tolerability of group-based exposure therapy for post-traumatic stress disorder : preliminary self-report findings from 20 veterans ». *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, Vol. 5, N° 5, p. 453-461.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., et L. R. Muenz (1998). « Seeking Safety : outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with post-traumatic stress disorder and substance dependence ». *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 11, N° 3, p. 437-456.
- Najavits, L., et D. Hien (2013). « Helping vulnerable populations: A comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD ». *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 69, N° 5, p. 433-479.

- OTSTCFQ (2011). Lignes directrices : *Évaluer une personne ayant un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité*. Récupéré de : http://www.otstcfq.org/docs/lignes-directrices/16-lignes_dir_evaluer_personne_neuropsych.pdf?sfvrsn=1.
- OTSTCFQ (2011). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*. Récupéré de : <https://www.otstcfq.org/docs/cadres-de-reference/cadre-de-reference-ts.pdf>.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W., et R. H. Moos (1999). « Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with post-traumatic stress disorder ». *Psychology of Addictive Behaviours*, Vol. 13, N° 2, p. 105-114.
- Ouimette, P., et P. J. Brown (2003). *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*, Washington, D.C. : American Psychological Association, 315 p.
- Paillé, Pierre (1994). « L'analyse par théorisation ancrée ». *Cahier de recherches sociologiques*, N° 23, p. 147-181. Récupéré de : <http://id.erudit.org/iderudit/1002253ar>.
- Palle, C., Briand-Madrid, L., et J.-B. Richard (2015). *Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel*. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies (OFDT), St-Denis, France : OFDT.
- Paré, Jean-Rodrigue (2013). *Trouble de stress post-traumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans*. Bibliothèque du Parlement, Division des affaires juridiques et sociales, Service d'information et de recherche parlementaire. Ottawa : Bibliothèque du parlement.
- Patenaude, Catherine (2010). *Facteurs associés de l'alliance thérapeutique en toxicomanie : effets modérateurs de la judiciarisation et des troubles sévères de santé mentale*. [Mémoire en criminologie], Montréal, Canada, Université de Montréal, 188 p.
- Pearson, C., Janz, T., et J. Ali (2013). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne : Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*. Statistiques Canada, N° 82-624-x au catalogue. Récupéré de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>.
- Pearson, C., Zamorski, M., et T. Janz (2014). *Santé mentale dans les Forces armées canadiennes*. Statistique Canada, N° 82-624-X au catalogue. Récupéré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2014001/article/1421-fra.htm>.
- Petry, N. M., Andrade, L. F., Rash, C. J., et M. G. Cherniack (2014). « Engaging in job-related activities is associated with reductions in employment problems and improvements in quality of life in substance abusing patients ». *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 28, N° 1, p. 268-275.

- Price, M., Gros, D. F., Strachan, M., Ruggiero, K. J., et R. Acerno (2013). « The Role of Social Support in Exposure Therapy for Operation Enduring Freedom Veterans : A Preliminary Investigation ». *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, Vol. 5, N° 1, p. 93-100.
- Régimbald, K., et J.-M. Deslauriers (2010). « Vie militaire et paternité ». *Reflète, Revue d'intervention sociale et communautaire*, Vol. 16, N° 1, p. 182-211.
- Roberge, Julie (2007). « Les stratégies de coping utilisées par les militaires ou ex-militaires masculins atteints d'un stress post-traumatique suite au retour d'une mission de paix ». [Mémoire de maîtrise en service social], Québec, Canada, Université Laval, 185 p. Récupéré de : <http://www.theses.ulaval.ca/2007/24697/24697.pdf>.
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., et J. Bisson (2015). « Psychological interventions for Post-Traumatic Stress Disorder and comorbid substance use disorder : A systematic review and meta-analysis ». *Clinical Psychology Review*, Vol. 38, p. 25-38.
- Rodriguez, P., Holowka, D., et B. P. Marx (2012). « Assessment of post-traumatic stress disorder-related functional impairment: A review ». *Journal of Rehabilitation Research and Development*, Vol. 49, N° 5, p. 649-666.
- Rolland-Harris, E. (2017). *Rapport de 2017 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes (de 1995 à 2016)*. Programme de recherche en santé du médecin général, Rapport du médecin général. Récupéré de : http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/rapport-mortalite-suicide-fac-2017.pdf.
- Rona, R. J., Jones, M., Fear, N. T., Hull, L., Hotopf, M., et S. Wessely (2010). « Alcohol Misuse and functional impairment in the UK Armed forces: A population study ». *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 108, N° 1-2, p. 37-42.
- Roy, J., Tremblay, G., et D. Guilmette en collaboration avec Bizot, D., S. Dupéré et J. Houle (2014). « Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services : Méta-synthèse ». Équipe de recherche Masculinités et Société. Université Laval. Récupéré de : <http://www.cps02.org/media/META-SYNTHESE-Rapportfinalapresrevision.pdf>.
- Roupnel, Servane (2016). « Vivre avec un syndrome de stress post-traumatique : l'expérience et l'impact du diagnostic pour des militaires français ». [Mémoire de maîtrise en anthropologie], Québec, Canada, Université Laval, 91 p.
- Rudolf, H., et J. Watts (2002). « Quality of life in substance abuse and dependency », *International Review of Psychiatry*, Vol. 14, N° 3, p. 190-197.
- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., McFall, M., et M. Uddo (2006). « Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for post-traumatic stress disorder ». *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, Vol. 74, N° 4, p. 707-713.

- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Bovin, M. J., et B. P. Marx (2009). « Posttraumatic stress disorder and quality of life : Extension of findings to veterans of wars in Iraq and Afghanistan ». *Clinical Psychology Review*, Vol. 29, p.727-735.
- Séguin, M., Brunet, A., et L. Leblanc (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Montréal, Gaëtan Morin, 230 p.
- Sherman, M. D., Borden, L. M., et J. Larsen (2015). « Broadening the focus in supporting reintegrating Iraq and Afghanistan veterans: six key domains of functioning ». *Professional Psychology: Research and Practice: American Psychological Association*, Vol. 46, N° 5, p. 355-365.
- Simoneau, H., et S. Guay (2008). « Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement ». *Drogues, santé et société*, Vol. 7, N° 2, p. 125-160. Récupéré de : <http://www.erudit.org/re-vue/dss/2008/v7/n2/037567ar.html?vue=resume>.
- Skomorovsky, A., et J. E. C. Lee (2012). « Alcohol use among Canadian forces candidates : The role of psychological health and personality ». *Military Psychology*, Vol. 24, N° 6, p. 513-528.
- Sloan, D. M., Feinstein, B. A., Gallagher, M. W., Beck, J. G., et T. M. Keane (2013). « Efficacy of Group Treatment for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms : A Meta-Analysis ». *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, Vol. 5, N° 2, p. 176-183.
- Srivastava, S., Bhatia M.S., Rajender G., et S. Angad (2009). « QOL & Mental Health. Quality of life in substance use disorders ». *Delhi Psychiatry Journal*, Vol. 12, N° 1, p. 114-120.
- Statistique Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Sommaire des résultats pour 2012*. Récupéré de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/statistiques-consommation-drogues-alcool/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues-sommaire-resultats-2012.html>.
- Taft, C. T., Street, A. E., Marshall, A. D., et D. J. Dowdall (2007). « Posttraumatic Stress Disorder, Anger, and Partner Abuse Among Vietnam Combat Veterans ». *Journal of Family Psychology*, Vol. 21, N° 2, p. 270-277.
- Tanguay, Isabelle (2017). *La recherche en action-IPMSH*, Montréal, Éditions du nouveau pédagogique Inc. (ERPI), 296 p.
- Tetzlaff, J. L. (2015). *Veteran PTSD Symptom Clusters in Relation to Comorbid Disorders, Substance Use, Physical Health, and Social Functioning*. [Thèse de doctorat en psychologie], Madison, U.S.A., University of Wisconsin, 185 p.
- Tremblay, G., et P. L'Heureux (2002). « L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergeant d'intervention clinique ». *Intervention*, Vol. 116, p. 13-25.

- Tremblay, J., Bouchard, G., et K. Bertrand (2009). « Vie conjugale et abus de substances : interrelations et traitement ». *Canadian Journal of Counselling*, Vol. 43, N° 4, p. 311-325.
- Tremblay, Sandra (2002). « Point de vue des intervenants de la santé dans l'évaluation du fonctionnement dans les rôles sociaux ». [Mémoire de maîtrise en psychologie], Québec, Canada, Université du Québec à Chicoutimi, 104 p. Récupéré de : <http://constellation.uqac.ca/853/1/13869548.pdf>.
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., et S. M. Southwick (2012). « The Role of Coping, Resilience, and Social Support in Mediating the Relation Between PTSD and Social Functioning in Veterans Returning from Iraq and Afghanistan ». *Psychiatry*, Vol. 75, N° 2, p. 135-149.
- Van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T., et P. M. G. Emmelkamp (2012). « Psychological treatments for concurrent post-traumatic stress disorder and substance use disorder : A systematic review ». *Clinical Psychology Review*, Vol. 32, N° 3, p. 202-214.
- Wachen, J. S., Jimenez, S., Smith, K., et P. A. Resick (2014). « Long-term functional outcomes of women receiving cognitive processing therapy and prolonged exposure ». *Psychological trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, Vol. 6, N° 51, p. 558-565.
- Ware, J., Snow, K. K., Kosinski, M. A., et B. G. Gandek (1993). *SF-36 Health Survey : Manual and Interpretation Guide*. Lincoln, RI : Quality Metric Inc, 30 p. Récupéré de : https://www.researchgate.net/publication/247503121_SF36_Health_Survey_Manual_and_Interpretation_Guide.
- Zanello, A., Weber Rouget, B., Gex-Fabry, M., Maercker, A., et J. Guimon (2006). « Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique ». *L'Encéphale*, Vol. 32, N° 1, p. 455-9. Récupéré de : <https://www.researchgate.net/publication/229111765>.
- Zatzick, D. F., Marmar, C. H., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, G. M., Stewart, A., Schlenger, W. E., et K. B. Wells (1997). « Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans ». *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 54, N° 12, p. 1690-1695.
- Zinzow, H., Britt, T. W., Pury, C. L., Jennings, K., Cheung, J. H., et M. A. Raymond (2013). « Barriers and facilitators of mental health treatment seeking among active-duty army personnel ». *Military Psychology*, Vol. 25, N° 5, p. 514-535.
- Zweben, J. E., et S. Ashbrook (2012). « Mutual-Help Groups for People with Co-Occurring Disorders ». *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, Vol. 7, N° 2-4, p. 202-222.

ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Je soussigné, _____, (écrire votre nom en lettres moulées) accepte librement de participer à la recherche portant sur l'effet des traitements du stress post-traumatique et du trouble lié à la consommation sur les rôles sociaux. Une recherche menée par Josée Sénéchal, étudiante à la maîtrise en service social de l'Université Laurentienne et intervenante en dépendance à la clinique de santé mentale (Centre de santé Valcartier de la base militaire de Valcartier).

J'ai reçu les informations suivantes :

1. Le but de la recherche est de connaître l'impact de divers services thérapeutiques sur mon fonctionnement social et mes différents rôles sociaux. Pour ce faire, je remplirai un questionnaire d'environ 20 minutes et je participerai à une entrevue d'environ 60 minutes qui sera enregistrée sur un dictaphone dans le bureau de la chercheuse à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.
2. Bien qu'aucune question n'aborde les expériences de mission ou les événements traumatiques (ceci ne faisant pas partie des objectifs de la recherche), il est possible que je vive certaines émotions négatives en parlant de mon fonctionnement social actuel. Je serai invité alors à prendre une pause au besoin.
3. Il est clair que je participe librement et que je peux me retirer de cette recherche en tout temps, sans avoir à justifier ma décision et sans crainte de conséquences négatives ou de préjudices personnels. Ma décision n'affectera en rien les services ou traitements actuels ou futurs des professionnels de la clinique de santé mentale (Centre de santé Valcartier de la base militaire de Valcartier) à mon égard. Je comprends également qu'en aucun cas et sous aucune circonstance, mes réponses aux

questions colligées dans cette recherche ne permettront de m'identifier et ne seront divulguées à ma chaîne de commandement ou à mon unité.

4. Si pendant ou après l'entrevue, je présente des signes de détresse, j'aurai accès aux services de crise de la clinique de santé mentale (Centre de santé Valcartier de la base militaire de Valcartier) directement sur place. Au besoin, je pourrais être dirigé à la réception de la clinique pour être rencontré immédiatement par un intervenant ou pour prendre rendez-vous avec un intervenant directement sur place. Les ressources civiles gratuites suivantes demeurent disponibles en cas de besoin lors des heures de fermeture de la clinique de santé mentale (après 16 h et la fin de semaine jusqu'au lundi 7 h 30) :
 - Le programme d'aide aux membres : 1-800-268-7708
 - Le centre de crise de Québec : 418 688-4240
 - Le centre de prévention du suicide de Québec : 418-688-4240
5. Je n'ai pas à dévoiler le nom des intervenants rencontrés (antérieurs ou actuels) au cours de l'entrevue et les questions ne visent pas à évaluer la prestation de services des intervenants ni leur efficacité. De plus, je comprends aussi que, dans le futur, je ne pourrais obtenir des services, des traitements ou des thérapies par la chercheuse. En cas de besoin, je serai alors orienté vers d'autres intervenants de la clinique de santé mentale (Centre de santé Valcartier de la base militaire de Valcartier).
6. Bien que ma participation ne m'apporte aucun avantage personnel, ma contribution pourra être utile pour faire avancer les connaissances sur les traitements, les effets des services reçus et fournir mes commentaires pour améliorer l'offre de service en santé mentale chez les militaires.
7. Je comprends que l'entrevue que je livrerai sera confidentielle ainsi que mes coordonnées, mes renseignements et commentaires demeureront anonymes de la façon suivante :

- un code à six (6) chiffres me sera attribué par la chercheuse pour le questionnaire sociodémographique, l'enregistrement de l'entrevue et la transcription. Mon nom et mes données sociodémographiques seront ainsi anonymes ;
- le présent formulaire de consentement, le questionnaire sociodémographique et les enregistrements (cassettes) et les transferts de données sur clé USB seront gardés verrouillés dans un classeur (protégé B) dans le bureau sous clé de la chercheuse à la clinique de santé mentale (Centre de santé Valcartier) auquel seule la chercheuse aura accès ;
- le formulaire de consentement, qui aura ma signature, sera gardé sous clé dans un classeur, mais séparé des autres documents afin d'éviter toutes identifications possibles ;
- aucune autre personne que la chercheuse n'aura accès aux données de la recherche (le questionnaire sociodémographique, le formulaire de consentement, l'enregistrement et le transfert de l'entrevue sur clé USB) ;
- la chercheuse demeure l'unique propriétaire des données de la recherche ;
- le mémoire sera rédigé de façon à ce qu'aucun de mes commentaires ne puisse m'être attribué ;
- le matériel lié à cette recherche sera détruit lors du dépôt du mémoire et ne pourra être utilisé dans le cadre d'une autre recherche.

8. J'ai pris connaissance de l'annexe E et des explications de la chercheuse concernant les circonstances exceptionnelles qui peuvent la libérer du secret professionnel. Je comprends dès lors que si, au cours de la recherche, la chercheuse aurait un motif raisonnable de croire à un danger imminent pour ma sécurité (risque suicidaire) ou pour celle des autres (risque d'homicide ou de blessures graves), je comprends qu'elle devra communiquer cette information au professionnel de la santé de la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier (base militaire de

Valcartier), qui assurera alors la prise en charge pour assurer ma sécurité et celles des autres.

Initiales : _____

9. Cette recherche, menée par une étudiante, demeure sous la direction de M. Stéphane Richard, professeur à l'École de service social de l'Université Laurentienne. Pour de plus amples renseignements ou commentaires sur l'étude ou ma participation, je peux communiquer avec Josée Sénéchal au (418) 844-5000 poste 6886 ou bien avec M. Stéphane Richard à l'École de service social de l'Université Laurentienne, au 1-800-461-4030 poste 5046.

Pour toute préoccupation déontologique ou pour acheminer une plainte concernant cette recherche, je peux m'adresser au point de contact suivant :

Administrateur déontologique, Bureau de la recherche de l'Université Laurentienne : 1-800-461-4030 ou par courriel : ethique@laurentian.ca.

Si je désire avoir accès aux résultats de la recherche : le mémoire de maîtrise sera déposé à la Bibliothèque de l'Université Laurentienne et sera accessible en ligne au site internet de la Bibliothèque et Archives Canada au : <http://www.bac-lac.gc.ca/fra/services/theses/Pages/obtenir-these-memoire.aspx>.

Je pourrais en faire également la demande à la chercheuse au numéro ci-dessus. Un résumé d'une page des résultats de la recherche sera également mis à ma disposition à la réception de la clinique de santé mentale (Centre de santé Valcartier).

J'ai reçu, lu et signé le formulaire de consentement. J'accepte que la chercheuse enregistre l'entrevue et de participer à cette recherche.

Date Signature du participant

Date Signature de la chercheuse

ANNEXE B GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

1. Depuis quand considérez-vous avoir un problème avec l'utilisation de substance (TUS) ?
De trouble de stress post-traumatique (TSPT) ?
2. Quand avez-vous reçu un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substance ? Et celui de stress post-traumatique ?
3. Avez-vous l'impression que le fait d'avoir un TSPT-TUS a changé votre façon d'exercer votre rôle au travail ? Dans vos relations sociales ? (de militaire, parent, conjoint, famille élargie, ami, collègue) ? De quelle façon ?
4. Dans quelle mesure les services reçus pour le TSPT-TUS vous ont-ils permis d'acquérir ou de développer des capacités à faire face à ces difficultés dans vos rôles respectifs (de militaire, parent, conjoint, famille élargie, ami, collègue) ?
5. Présentez-vous toujours des difficultés (des rôles sociaux) depuis les traitements du TSPT-TUS ? Si oui, lesquelles ?
6. Auriez-vous des recommandations visant à améliorer l'aide et les services de la clinique pour les militaires qui vivent un TSPT-TUS ?¹⁴⁹

¹⁴⁹ Rôle social : «L'ensemble des modèles culturels associés à un statut donné. Il englobe, par conséquent, les attitudes, les valeurs et les comportements que la société assigne à une personne et à toutes les personnes qui occupent ce statut. Dans chaque culture, la position qu'occupe toute personne dans un système est associée à un ensemble de normes et d'attentes» (Du Ranquet, 1991, p. 19).

ANNEXE C QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE POUR LES PARTICIPANTS

Code de 6 chiffres (à compléter par la chercheure) : _____

Je vous demanderais de remplir ce bref questionnaire sur votre situation personnelle.

1— Quel est votre état civil ? (Encerclez la réponse)

–Marié/conjoint de fait – Divorcé/séparé –Célibataire – Autre

Depuis combien de temps ? _____

2— Avez-vous des enfants ? –Non –Oui

Si oui, combien et quels sont leurs âges respectifs (incluez ceux qui ne sont pas les vôtres, mais qui habitent avec vous) ?

3— Quel est votre niveau de scolarité le plus élevé que vous avez atteint (encerclez la réponse) ?

– Secondaire non complété – Secondaire (DES ou DEP)

– Collégial (général, AEC) – Universitaire

4— Combien d'années de service comptez-vous, en calculant toutes vos expériences militaires (force régulière et de réserve) ? _____

5— Quel est votre métier ? _____

6— Indiquez tous les déploiements auxquels vous avez participé (année, lieu) :

7— Quels types de services en santé mentale avez-vous reçu ou continuez toujours à la

Clinique de santé mentale (ex. psychologue, travailleur social, psychiatre, etc.) :

a) En modalité individuelle :

b) En modalité de groupe (ex. GBSO, groupe toxico, gestion des émotions, etc.) :

9— Avez-vous été référé à des ressources civiles pour obtenir des services de santé mentale par la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier (ex. La Vigile, Centre CASA, Centre de crise, etc.) :

10— Quels sont vos motifs pour avoir accepté de participer à cette étude ?

Merci d'avoir pris de votre temps pour participer à cette étude. Votre collaboration est appréciée !

ANNEXE D DOCUMENT EXPLICATIF À REMETTRE POUR LE RECRUTEMENT DE PARTICIPANTS À LA RECHERCHE À LA CLINIQUE DE SANTÉ MENTALE DU CENTRE DE SANTÉ VALCARTIER



Bonjour,

Mon nom est Josée Sénéchal, je suis intervenante en dépendance à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier et étudiante dans le programme de maîtrise en Service social de l'Université Laurentienne. Je fais une recherche sur les hommes militaires francophones qui ont reçu des traitements pour un trouble de stress post-traumatique et d'un trouble de substance.

Des études antérieures ont démontré que ces troubles ont un impact important chez les hommes militaires dans l'exercice de plusieurs rôles sociaux dont ceux : de conjoint, de parent, de travailleur, auprès de la famille élargie, d'amis et de collègues. Cependant, on connaît peu si les traitements offerts à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier ont un impact sur ces rôles sociaux ni quelles sont les interventions les plus susceptibles d'y remédier. En participant à cette recherche, votre expérience pourrait me permettre de comprendre les difficultés vécues dans l'exercice de ces rôles sociaux. Ensuite, vous serez invité à me partager si les traitements et les interventions reçues ont été utiles ou aidants pour améliorer vos capacités à répondre à ces rôles sociaux. Votre participation apportera un éclairage important sur l'exercice des rôles sociaux ce qui pourrait contribuer au développement d'une offre de service plus adaptée au besoin des militaires à la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier.

Afin de répondre à cet objectif, votre participation consistera à signer un consentement à la recherche, à remplir un bref questionnaire sociodémographique d'environ 20 minutes et ensuite, à une entrevue d'environ une (1) heure où vous répondrez à quelques questions. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio qui sera détruite lors du dépôt du mémoire.

Il est important d'ajouter que votre participation est strictement volontaire et que vous pourrez vous retirer en tout temps sans encourir de préjudice actuel ou futur sous aucune forme que ce soit. Aucune information ou aucun commentaire ne pourra vous identifier. Votre identité ne sera jamais dévoilée. Vos informations resteront strictement confidentielles, tant des professionnels de la clinique de santé mentale, que du Centre de santé Valcartier ou de votre chaîne de commandement.

Pour participer à cette recherche, vous devez :

Avoir reçu ce document par un professionnel de la santé mentale, de votre médecin ou de votre gestionnaire de cas. Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pouvez laisser à mon attention, votre nom et vos coordonnées pour vous rejoindre, à votre intervenant, à la réception de la clinique de santé mentale du Centre de santé Valcartier au (418) 844-5000 poste 5802 ou me contacter directement au (418) 844-5000 poste 6886.

Merci de l'intérêt porté à ce projet de recherche.

Au plaisir,

Josée Sénéchal, B.A. psych., psychothérapeute

Étudiante à la maîtrise en service social

ANNEXE E EXCEPTIONS À LA CONFIDENTIALITÉ POUR LA RECHERCHE SELON LE CODE DE DÉONTOLOGIE DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX, THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC



Cette fiche informative sera utilisée par la chercheuse pour expliquer aux participants les conditions entourant la levée du secret professionnel avant la signature du formulaire de consentement. Après avoir pris connaissance du document et des explications de la chercheuse, les participants pourront ensuite apposer leurs initiales sur le formulaire de consentement sous le paragraphe 8 à la ligne prévue à cet effet.

Description des articles du Code de déontologie de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux, thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

SECRET PROFESSIONNEL 3.06.01.

Le travailleur social doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession. Le travailleur social ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne. Le travailleur social doit s'assurer que son client soit pleinement informé des utilisations éventuelles des renseignements confidentiels qu'il a obtenus.

LEVÉE DU SECRET PROFESSIONNEL EN VUE D'ASSURER LA PROTECTION DES PERSONNES 3.06.01. 01.

Outre les cas prévus au deuxième alinéa de l'article 3.06.01, le membre peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le membre ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter se-

cours. Le membre ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication. 3.06.01. 02. Le membre qui, en application de l'article 3.06.01. 01, communique un renseignement protégé par le secret professionnel en vue de prévenir un acte de violence, doit : 1 ° communiquer le renseignement sans délai ; 2 ° choisir les moyens les plus efficaces adaptés aux circonstances pour communiquer le renseignement ; 3 ° consigner dès que possible au dossier du client concerné : a) les motifs au soutien de la décision de communiquer le renseignement, incluant l'identité de la personne qui a incité le membre à le communiquer ainsi que celle de la personne ou du groupe de personnes exposées à un danger ; b) les éléments de la communication dont la date et l'heure de la communication, le contenu de la communication, le mode de communication utilisé et l'identité de la personne à qui la communication a été faite.

ANNEXE F LETTRE DE SOUTIEN POUR LA RECHERCHE AUPRÈS DES MILITAIRES

Groupe des Services de santé des Forces canadiennes
Quartier général
1745 promenade Alta Vista
Ottawa, ON
K1A 0K6

1000-1 (S&T Mgr)

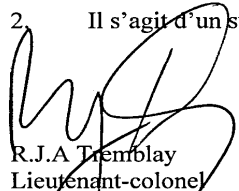
Le mars 2017

Stéphane Richard, PhD TS/TSI
Professeur adjoint à l'École de Service Social
Université Laurentienne
935, Chemin du Lac Ramsey
Sudbury, ON
P3E 2C6

LETTRE DE SOUTIEN SUR LA RECHERCHE - JOSÉE SENECHAL

1. Au nom du conseil de recherche en santé du Médecin général, j'ai le plaisir d'apporter mon soutien à votre étude sur le « Trouble concomitant de stress post-traumatique et d'utilisation des substances chez les militaires canadiens francophones : Perception du fonctionnement social au terme du traitement ». Votre recherche aidera à appuyer les priorités en matière de recherche des services de santé mentale du Médecin général.

2. Il s'agit d'un sujet intéressant, et nous avons hâte de voir les résultats de votre travail.



R.J.A. Tremblay
Lieutenant-colonel
Gestionnaire Science et Technologie
(613) 945-6665